UUDISTUVA SOSIAALI- JA TERVEYSALA

Toimittaneet
ANNELI HUJALA &
HELENA TASKINEN

TAMPERE UNIVERSITY PRESS

Uudistuva sosiaali- ja terveysala

Anneli Hujala & Helena Taskinen
(toim.)

Uudistuva sosiaali- ja terveysala

TAMPERE UNIVERSITY PRESS
http://www.tuni.fi/tup

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

©2020 Tekijä ja Tampere University Press

Tämä teos, lukuun ottamatta kolmansien osapuolten omistamaa materiaalia, on julkaistu Nimeä-EiKaupallinen-EiMuutoksia 4.0 Kansainvälinen (CC BY-NC-ND 4.0) -lisenssillä. Käyttöehdot löytyvät osoitteesta https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fi

Lisenssi ei kata valokuvia, sitaatteja, logoja tai tavaramerkillä suojattuja aineistoja. Käyttääksesi tällaisia aineistoja omassa työssäsi, ota yhteyttä oikeudenhaltijaan.

Kannen suunnittelu
Miika Immonen
Typografia ja taitto
Eija Kylmäniemi

ISBN 978-952-359-023-6 (painettu, nid.)
ISBN 978-952-359-022-9 (pdf)

Kustantaja: Tampere University Press, Tampere, Suomi
Valmistaja: BoD – Books on Demand, Norderstedt, Saksa

Sisällys

OSA II
Organisaatiot uuden edessä

OSA III
Ihmiset muutoksen toteuttajina

Esipuhe

Anneli Hujala & Helena Taskinen

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamista on valmisteltu Suomessa jo pitkään. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on toisaalta jatkuvasti liikkeessä ja muutoksessa oleva, toisaalta myös vahvasti entiseen ankkuroituva. Millaista liikettä viime aikoina on ollut ja mihin suuntaan ollaan menossa? Mikä uudistuu, mikä näyttää säilyvän ennallaan? Mitä uudistuksissa on tavoiteltu ja tavoitellaan jatkossa, kuka muutokset toteuttaa ja miten? Näitä asioita tarkastelemme tässä kirjassa. Muutokset – kuten sote-uudistuskin – koskevat sekä järjestelmätasoa, organisaatioita että ihmisiä yksittäisinä ammattilaisina ja muina toimijoina. Muutokset ja uudistuminen myös ilmenevät usein varsin eri tavoin näillä makro-, meso- ja mikrotasoilla.

Niin kutsuttu sote- ja maakuntauudistus kariutui vuoden 2019 alussa ja uusin sote-uudistus on suunnitteilla. Sosiaali- ja terveysalan uudistuminen jatkuu edelleen – jopa riippumatta siitä, millaisia kantoja poliittiset päätöksentekijät jatkossa ottavat uudistuksiin. Tietyt kehityssuunnat ovat nähtävissä: palvelujärjestelmä kaipaa selkeyttämistä, organisaatiot ja johtaminen ovat uuden edessä ja sote-am-

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 7–12.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

mattilaisten osaamista koetellaan. Asiakkaiden asema vahvistuu, mutta heiltä myös vaaditaan paljon. Lähitulevaisuuden keskeisten muutosten tunnistaminen ja niihin valmistautuminen on ratkaisevan tärkeää. Aiempaan tutkimukseen perustuvaa tietoa sosiaali- ja terveysalan uudistumisen keskeisistä muutosteemoista ja tulevaisuuden suuntaviivoista tarvitaan kaikkien keskeisten sote-toimijoiden, kuten päätöksentekijöiden, johtajien, sote-ammattilaisten ja kansalaisten näkökulmasta.

Tämä käsillä oleva kirja tarjoaa selkeän, monipuolisen ja käytännönläheisen yleiskatsauksen siitä, mihin suuntaan suomalainen sosiaali- ja terveysala on kehittymässä lähivuosina. Kirjassa avataan maamme sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistumisen kannalta keskeisiä teemoja ja ilmiöitä kolmesta eri näkökulmasta: palvelujärjestelmän tasolta, organisaatiotasolta ja yksilötasolta. Kokonaisuutena kirja tarjoaa näiden kolmen näkökulman sisällä yhdeksän erilaista aihealuetta uudistuvan sosiaali- ja terveysalan tarkasteluun. Kirjan tavoitteena on tuoda uutta ymmärrystä ja tietoa sosiaali- ja terveysalan muutosten johtamisesta ja uudistusten suunnasta eri toimijoiden näkökulmasta. Jatkuvasti uudistuvaa sote-maailmaa tarkastellaan sekä tutkittuun tietoon että käytäntöön pohjautuen.

Kirjassa tarkastellaan sosiaali- ja terveysalan uudistumista järjestelmä-, organisaatio- ja yksilötasojen näkökulmasta. Tämän jaottelun mukaisesti kirjassa on kolme osaa: makrotasolla ollaan liikkeessä, mesotasolla uuden edessä ja mikrotasolla muutoksen toteuttajina.

Kirjan ensimmäisessä osassa tarkastellaan sosiaali- ja terveysalaa makrotason eli palvelujärjestelmän uudistumisen näkökulmasta. Artikkelien aiheina ovat historiallinen katsaus aiempiin uudistuksiin, integraatio sekä vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkimus.

Teoksen ensimmäisessä artikkelissa **Pauli Rautiainen, Helena Taskinen** ja **Sari Rissanen** tarkastelevat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeisiä vaiheita historiallisena jatkumona. Tarkemmin artikkelissa paneudutaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudis-

tuksen viime vaiheisiin ja tapahtumaprosessien avaamiseen hallituskaudella 2015–2019. Artikkelin tavoitteena on taustoittaa sitä, mistä ja miten nykyvaiheeseen on tultu ja millaista tulevaisuutta kohti ollaan menossa. Kirjoittajat kuvaavat ja pohtivat laajojen sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistusten etenemisen haasteita myös polkuriippuvuuksien näkökulmasta aiempaan muutoshistorian vaiheisiin peilaten, mikä tuo perspektiiviä ja ymmärrystä sote-uudistuksen kohtaamiin haasteisiin. Artikkelin lopussa kuvataan laajojen ja monitasoisten sote-uudistusten toimeenpanoa eli millaisena uudistusten toteuttaminen konkretisoituu muutosten johtamisen näkökulmasta.

Helena Taskinen ja **Anneli Hujala** analysoivat toisessa artikkelissa integraatiota eli sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen teoreettisia periaatteita ja käytännön toteuttamisen haasteita. Erityinen huomio on paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuuksien koordinoinnissa. Artikkelissa tarkastellaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen integraation ohella vahvasti liittynyttä valinnanvapautta ja sen erilaisia toteuttamistapoja kansainvälisten esimerkkien kautta. Valinnanvapaus on integraation rinnalla kansainvälisestikin yksi keskeinen sosiaali- ja terveysalan uudistamisen suuntaus. Valinnanvapaus voikin joko tukea tai haastaa asiakaslähtöistä palvelujen yhteensovittamista.

Ensimmäisen osan kolmannessa artikkelissa **Janissa Miettinen, Kirsikka Selander** ja **Ismo Linnosmaa** paneutuvat sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden kysymyksiin: mitä vaikuttavuus on, miten sitä voidaan arvioida ja miten tutkia. Kirjoittajat tarkastelevat ja kuvaavat erityisesti vaikuttavuustutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja, kuten erilaisia mittareita, joilla vaikuttavuutta arvioidaan. Olennaista on myös, miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä.

Kirjan toinen osa kohdistuu organisaatiotason kysymyksiin. Organisaatiotasolta on nostettu esiin johtamisen ja osaamisen uudistumiseen sekä sosiaali- ja terveysalan digitalisaatioon liittyviä haasteita.

Anneli Hujala, Erja Mustonen, Charlotte Klinga, Johanna Lammintakanen, Sanna Laulainen ja **Helena Taskinen** tarkastelevat artikkelissaan sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen keskeistä edellytystä eli monialaisen yhteistyön johtamista. Johtajat ovat avainasemassa yhteistyön mahdollistajina, mutta myös heiltä itseltään vaaditaan uudenlaista orientaatiota johtamistyöhön. Kirjoittajat pohtivat perinteistä johtamista uudistavan, integroivan eli yhteensovittavan johtamisen haasteita sosiaali- ja terveysalalla.

Sanna Laulainen, Joakim Zitting ja **Vuokko Niiranen** tarkastelevat ja analysoivat artikkelissaan sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijoihin, kuten työntekijöihin ja johtajiin kohdistuvia uusia osaamisvaatimuksia integroituvissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Erilaisten muutosprosessien keskellä työntekijöiltä ja johtajilta edellytetään, että he tunnistavat, millaista osaamista nyt ja tulevaisuudessa tarvitaan. Kirjoittajat analysoivat näitä osaamisvaatimuksia sekä yleisenä osaamisena että työntekijöihin kohdistuvana erityisenä uudistamista edistävänä osaamisena ja johtamisosaamisena.

Kirjan kuudennessa artikkelissa **Kaija Saranto, Ulla-Mari Kinnunen, Virpi Jylhä** ja **Eija Kivekäs** pureutuvat digitalisaation ja sähköisten palvelujen kasvavaan rooliin sosiaali- ja terveysalalla. Artikkelissa valotetaan digitalisaation kansallisen ohjauksen kehitystä ja roolia sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Digitalisaatio eli palvelujen sähköistäminen on merkittävä muutos sekä kansalaisten että palvelun tuottajien ja työntekijöiden kannalta. Kirjoittajat tarkastelevat myös hyvinvointiteknologian käyttöönoton edellyttämiä toimia sekä asiakkaiden että henkilöstön näkökulmista. Artikkelissa havainnollistetaan esimerkeillä tiedon tuottamista ja hallintaa sekä sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä kansalaisille.

Kirjan kolmas osa keskittyy sosiaali- ja terveysalan muutoksiin niitä toteuttavien ihmisten näkökulmasta. Artikkeleiden teemoina ovat sote-työntekijöiden monitoimijainen yhteistyö, asiakaslähtöinen palveluohjaus sekä asiakasosallisuus.

Kaarina Mönkkönen ja **Taru Kekoni** tarkastelevat kirjan seitsemännessä artikkelissa sitä, miten muutokset sosiaali- ja terveysalalla vaikuttavat työntekijöiden työntekemisen tapoihin, ammatti-identiteetteihin ja asiantuntijuuksiin. Tarkastelun keskiössä ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset. Käynnissä olevat rakenteelliset ja organisatoriset muutokset vaikuttavat myös ammattilaisten työskentelyyn työntekijätasolla vaatien yhdessä toimimisen taitoja. Artikkelissa luodaan katsaus siihen, miten monialaisen työskentelyn ja yhdessä toimimisen taitoja voidaan kehittää työelämässä ja jo opiskelun aikana, jotta työskentely eri alojen yhdyspinnoilla onnistuu. Kirjoittajat pohtivat artikkelissaan myös sitä, miten sosiaali- ja terveysalan muuttuvat rakenteet vaikuttavat itse työprosesseihin ja sosiaali- ja terveysalan työhön.

Seuraavassa eli kahdeksannessa artikkelissa **Hanna Ristolainen, Päivi Roivas, Erja Mustonen** ja **Anneli Hujala** paneutuvat asiakaslähtöisyyteen, jota pidetään nykyisin keskeisenä tavoitteena lähes kaikessa sosiaali- ja terveysalan kehittämisessä. Artikkelissa tarkastellaan asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeisen ja yhä korostuvan työmuodon, palveluohjauksen näkökulmasta. Artikkelissa pohditaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakassuunnitelman roolia asiakaslähtöisyyden työvälineenä. Artikkelin lopussa kirjoittajat tuovat esiin kriittisiä näkemyksiä asiakaslähtöisyydestä kuvaamalla ikääntyneiden parissa työskentelevien palveluohjaajien omaa puhetta asiakaslähtöisestä työorientaatiosta.

Kirjan viimeisessä artikkelissa **Tuula Kivinen, Heidi Vanjusov** ja **Riitta Vornanen** käsittelevät ja analysoivat asiakkaiden äänen kuulumista ja vaikutusmahdollisuuksia osallisuuden näkökulmasta. Artikkelissa avataan osallisuuden käsitettä sekä sitä, mitä osallisuus edellyttää ja millaisia esteitä sen toteutumiselle on. Asiakkaat ovat voimavara, jota voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä ja toteuttamisessa monin eri tavoin. Kirjoittajat pohtivat myös sitä, mistä osallisuuden kokemus syntyy.

Kirjan kirjoittajat ovat Itä-Suomen yliopiston tutkijoita ja opettajia ja heidän läheisiä yhteistyökumppaneitaan. Kirjan artikkeleissa edustettuina ovat muun muassa sosiaali- ja terveyshallintotiede, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, terveystaloustiede, oikeustiede, sosiaalityö ja sosiaalipsykologia. Toivomme, että näiden eri tieteenalojen tulosten yhdistäminen avaa näköaloja sote-alan uudistumisesta eri toimijoille. Kirjan jokainen artikkeli on oma kokonaisuutensa. Kirja on vertaisarvioitu.

Kiitämme lämpimästi kaikkia kirjan kirjoittajia sekä erilaisia taustavoimia, kuten tutkimusten osallistujia ja yhteistyökumppaneitamme.

Kuopiossa lokakuussa 2020

Anneli Hujala Helena Taskinen

OSA I

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä liikkeessä

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen

– virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta

Pauli Rautiainen, Helena Taskinen & Sari Rissanen

Johdanto

Tässä artikkelissa tarkastelemme sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen (sote-uudistuksen) vaiheita 1970-luvulta tähän päivään. Analysoimme erityisesti pääministeri Juha Sipilän hallituksen (2015–2019) keväällä 2019 kaatuneen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kokonaisuudistuksen keskeistä sisältöä ja sen valmistelun karikoita. Peilaamme samalla Sipilän hallituksen sote-uudistusta niin tätä aiempien hallituksien kuin erityisesti tätä myöhempien hallituksien pyrkimyksiin uudistaa sosiaali- ja terveyspalveluita. Tämä

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 15–45.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

mahdollistaa laajojen ja syvällisten sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistusten mahdollisuuksien pohtimisen muutosten johtamisen näkökulmasta. Sote-uudistuksen ymmärtäminen edellyttää niiden haasteiden ymmärtämistä, joita sen valmisteluvaiheessa ja aiemmassa muutoshistoriassa on kohdattu.

Jatkuvan sote-uudistuksen virstanpylväitä

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta on jo pitkään yritetty ajaa läpi eri muodoissa siinä onnistumatta (ks. taulukko 1). Tämä ei kuitenkaan sinänsä ole hallinnonuudistusten kohdalla mitenkään tavatonta. Jo Niccolo Machiavelli (2001) kirjoitti renessanssiajan Italiassa kirjassaan Ruhtinas: ”mikään yritys ei ole yhtä vaikeasti käynnistyvä, yhtä varoen suoritettava ja tuloksiltaan yhtä epävarma kuin uuden hallintojärjestelmän voimaan saattaminen. Uudistaja nimittäin saa vastaansa kaikki ne, joille vanha järjestelmä oli edullinen, ja nekin, jotka katsovat hyötyvänsä uudesta järjestelmästä, kannattavat häntä melko vaimeasti. Puoltajien penseys johtuu osaksi siitä, että he pelkäävät vastustajiaan, joilla on tukenaan vanhat lait, osaksi siitä, että ihmiset ovat epäluuloisia eivätkä täysin luota uudistuksiin ennen kuin pitkällisen kokemuksen jälkeen.”

Machiavellin ajatus hallinnonuudistuksien vaikeudesta liittyy ilmiöön, jota nykyaikaisessa hallinnon tutkimuksessa kuvataan polkuriippuvuuden (*path-dependency*) käsitteellä (ks. esim. Trouvé, Couturier, Etheridge, Saint-Jean & Somme 2010). Sillä viitataan siihen, ettei aiemmista ajattelumalleista tahdota uudistusten valmistelun yhteydessä päästä millään eroon (ks. esim. Hiilamo & Saari 2010; Tirronen 2011; Julkunen 2017). Mikko Niemelä (2008) kuvaa polkuriippuvuuden seurauksena politiikasta tulevan tällöin eräänlaista kielellistä kamppailua siitä, kuka pystyy määrittämään, millä termeillä, käsitteillä ja painotuksilla asioista puhutaan. Kyse on siitä, tuodaanko uudistuksia esille palvelujen uudenaikaistamisen, tehostamisen, järkevöittämisen vai hyvinvointivaltion romuttamisen kan-

nalta ja puhutaanko niistä talouden termein painottaen tehokkuutta, tuottavuutta ja kilpailukykyä, vai onko puheessa myös tasa-arvoon tai oikeudenmukaisuuteen liittyviä painotuksia. (Niemelä 2008.)

Sote-palveluiden uudistamisen ajallinen tarkastelu tuo sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä esille yhtäältä vaiheita, joissa palveluja on – edellä esitetyin perusteluin – keskitetty, ja toisaalta vaiheita, joissa niitä on hajautettu (esim. Kaarakainen 2008). Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialoja ja organisaatioita on myös eri aikoina yhdistetty eli integroitu tai hajautettu eri tavoin (esim. Taskinen 2005; Tepponen 2009; Sanerma 2009). Viimeisin analysoitavissa oleva uudistuspyrkimys on Sipilän hallituksen (2015–2019) sote-uudistus. Sen voi nähdä samaan aikaan joko epäonnistuneena lainsäädäntöhankkeena, joka ei johtanut sote-lainsäädännön uudistamiseen tai osana sote-palveluiden jatkuvaa uudistumista[1], jossa lainsäädännön uudistaminen on vain yksi ulottuvuus. Kun sote-uudistus kaatui keväällä 2019, se ei kaatunut taaksepäin vaan eteenpäin. Sipilän hallitus itse asiassa uudisti sote-palveluita käytännössä monin tavoin aivan kuten sitä edeltäneet hallitukset tekivät, vaikka nekin epäonnistuivat sote-lainsäädännön uudistamisessa. Kun katsotaan pitkää aikaväliä, niin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on nyt hyvin erilainen kuin se oli Matti Vanhasen I hallituksen aloittaessa 2000-luvun alkupuolella. Nykyisestä palvelujärjestelmästä esimerkkeinä ovat palveluiden keskittäminen ja erilaisten kuntien aloitteesta aloitetut prosessit.

Tämä käy ilmi myös esimerkiksi tarkasteltaessa sitä, kuinka Sipilän hallitus edisti henkilökohtaisen budjetoinnin käyttöä sosiaalipalveluissa. Vaikka se epäonnistui henkilökohtaista budjettia koskevan lainsäädännön luomisessa, sen toimeenpanemat kokeilut osoittivat,

---

[1] Sanaa ”jatkuva” on kuvattu monimerkityksiseksi. Kielitoimiston sanakirjassa sitä kuvataan seuraavasti: ”keskeytymätön, taukoamaton, katkeamaton, yhtämittainen, yhtäjaksoinen, herkeämätön, alituinen”. Myös organisaatiomuutoksista puhuttaessa jatkuvalla (*continous*) muutoksella tarkoitetaan jatkuvasti käynnissä olevia ja kehittyviä verrattuna ajallisesti rajattuihin, vaiheittaisiin (*episodic*) muutoksiin (Weick & Quinn 1999).

kuinka henkilökohtaisen budjetin keskeiset elementit voidaan tosiasiallisesti ottaa käyttöön jo nykyistä palvelusetelilainsäädäntöä hyväksi käyttäen. Venyttämällä olemassa olleen lainsäädännön tulkintamahdollisuuksia se uudisti palveluiden järjestämis- ja tuottamisrakennetta samalla, kun se epäonnistui lainsäädännön uudistamisessa. Näin henkilökohtaisen budjetin kehittäminen Sipilän hallituksen sote-uudistuksen yhteydessä on yksi esimerkki edellä kuvatusta polkuriippuvuudesta: henkilökohtainen budjetti kiinnitettiin palvelusetelilainsäädännön luomaan oikeudelliseen kehikkoon.

Polkuriippuvuudet ovatkin olleet isojen hallintouudistusten isoja ongelmia, sillä polkuriippuvuuksia ilmentävä järjestelmä ei lähtökohtaisesti halua tulla päivitetyksi. Sote-uudistuksia on siten valmisteltu valmisteluhetkellä olemassa olleen sote-järjestelmän tuottamaa vastustusta vasten. Uudistajat ovat olleet monin tavoin jumissa aikaisemmissa valinnoissaan. Siksi sote-uudistuksen ymmärtäminen edellyttää myös niiden haasteiden ja vaikeuksien ymmärtämistä, joita sen valmisteluvaiheessa on kohdattu.

Suomalainen yhteiskunta ja demokratiamalli ovat nojanneet itsenäisyyden ajan alusta lähtien pitkälti itsenäisten kuntien perustalle. Hyvinvointivaltion rakentamisen myötä toisen maailmansodan jälkeen kunnista muodostui myös keskeisiä peruspalveluiden tuottajia, vaikka sitä ennen esimerkiksi sosiaalipalveluiden tuottamisessa seurakunnilla ja järjestöillä oli merkittävä rooli. Terveydenhuollon historiassa kuntien keskeinen rooli paalutettiin viimeistään vuoden 1972 kansanterveyslailla. Kansanterveyslailla ohjattiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon integrointia mahdollistamalla esimerkiksi sosiaali- ja terveyslautakuntien ja -virastojen tai vastaavien organisaatioiden yhdistäminen kunnissa (ks. esim. Taskinen 2005; Kokko 2009). 1970-lukua voidaankin pitää julkisen sektorin uudistusten lähtökohtana (ks. Möttönen 2019). Toinen merkittävä ja laaja sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus ja samalla palvelujärjestelmän eheyttämispyrkimys oli 1980-luvun alkupuolella toteutettu Valtava-uudistus. Se sisälsi 1982 voimaan tulleen sosiaalihuoltolain sekä

1984 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuuslain; uudistus koski siis sekä suunnittelujärjestelmiä että kuntien valtionosuuksia.

Peruspalveluiden järjestämisrakenteen kehittäminen on siten Suomessa kietoutunut tiiviisti keskusteluun kuntarakenteen uudistamisesta. Sote-uudistuksen ymmärtämiseksi on välttämätöntä hahmottaa kuntien rooli suomalaisessa hyvinvointivaltiossa, sillä oikeastaan sote-uudistuksesta puhuttaessa on jouduttu väistämättä samalla puhumaan kuntarakenteeseen, kunnalliseen itsehallintoon ja kuntatalouteen liittyvistä kysymyksistä. Tähän pyrittiinkin vuonna 1989 käynnistyneessä ja aina vuoteen 1996 jatkuneessa vapaakuntakokeilussa. Vapaakuntakokeilun pyrkimyksenä kuntien itsehallinnollisen aseman vahvistaminen ohella oli myös kuntien palvelutuotannon tehokkuuden, taloudellisuuden ja palvelukyvyn lisääminen sekä normien purkaminen ja suunnittelujärjestelmien kehittäminen. (Niemelä 2008.) Myös vuonna 1995 voimaan tulleessa kuntalaissa määriteltiin kunnan ja valtion suhteet sekä kunnan tehtävä korostaen kunnallista itsehallintoa. Uusi kuntalaki oli aikaisempaa joustavampi ja kunnille mahdollistettiin esimerkiksi vapaus valita palvelujensa järjestämistapa parhaaksi katsomallaan tavalla. (Niemelä 2008.) Kunnat alkoivatkin vahvemmin hyödyntää markkinaohjausta perustamalla liikelaitoksia, ottamalla käyttöön tilaaja-tuottajamalleja ja hankkimalla palveluja myös ulkoisilta tuottajilta (Möttönen 2019).

Valtion verovaroin rahoittamien julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on edelleen asiaa oikeudellisesti tarkastellen lähtökohtaisesti kunnilla, mutta palvelujen tuottajina ovat niin julkinen, yksityinen kuin kolmas sektori. Kunnat voivat tuottaa sosiaali- ja perusterveyspalvelut yksin tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Reilusti alle puolet kunnista vastaakin perustason tason sote-palveluiden järjestämisestä aivan itse. Eräät palvelut järjestetään pakollisissa kuntayhtymissä kuten sairaanhoitopiireissä, jotka vastaavat erikoissairaanhoidosta. Jotkut erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään puolestaan yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden

pohjalta. Työjako on periaatteessa selkeä, mutta muun muassa kuntien erilaisuuden ja itsehallinnon vuoksi kokonaisvaltainen sosiaali- ja terveyspalveluiden integroinnin tai tietojärjestelmien kansallisen tason ohjaus on vuosien varrella ollut ongelmallista. (Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017.)

Taulukko 1. Sote-palvelujärjestelmän uudistusten vaiheita, ohjausta ja sisältöjä 1970-luvulta lähtien

Ajanjakso	Uudistus	Sisältö soten uudistamisen näkökulmasta
1970-luku	**Kansanterveyslaki** (L66/1972)	Kansanterveyslaki mahdollisti sosiaali- ja terveyslautakuntien ja -virastojen tai vastaavien organisaatioiden yhdistämisen Sisälsi paljon perusterveydenhuoltoa eheyttämään (integroimaan) pyrkivää rakenneohjausta.
1980-luku	**VALTAVA-uudistus** 1982 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki (L710/1982) 1984 voimaan tullut sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuuslaki (L677/1982) 1989 voimaan tullut erikoissairaanhoitolaki (L1062/1989) **Vapaakuntakokeilu** käynnistyi 1989	Sosiaali- ja terveyspalvelujen laaja eheyttämispyrkimys Loi ”edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen tarkoituksenmukaiselle kehittämiselle” (HE 101/1981).
1990-luku	**Vapaakuntakokeilu** jatkui vuoteen 1996 saakka	Kunnille mahdollisuus ostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yksityisiltä toimintayksiköiltä.
	Vuoden 1995 kuntalaki (L365/1995)	Kunnille vapaus valita palvelujensa järjestämistapa parhaaksi katsomallaan tavalla • tuottaa palvelu itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa • hankkia palvelu toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä • perustaa/olla osakkaana osakeyhtiössä tai muussa yksityisoikeudellisessa yhteisössä • hankkia palvelu valtiolta/muualta julkisyhteisöltä • hankkia palvelu yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Taulukko 1. Sote-palvelujärjestelmän uudistusten vaiheita, ohjausta ja sisältöjä 1970-luvulta lähtien

2000-luku	**Seutuyhteistyökokeilu 2002**	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen rajan madaltaminen Erityisosaamista vaativien palvelujen verkostoituminen.
	PARAS-hanke eli Kunta- ja palvelurakenneuudistus ja siihen liittyvä laki (L169/2007) Käynnistyi 2005, käynnissä 2012 loppuun	Uudistuksen keinoina kuntaliitokset sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestäminen vähintään noin 20 000 asukkaan yksiköissä.
2010-luku	Pääministereiden Katainen, Stubb ja Sipilä hallituksien **SOTE-uudistukset**	Uudistusten pyrkimyksenä siirtää sote-palveluiden järjestäminen pois kunnilta kuntayhtymille tai alueellista itsehallintoa edustaville maakunnille. Järjestämisen ja tuottamisen eriyttäminen siten, että sote-palveluiden tuottajina toimisivat julkiset, yksityiset tai säätiöperustaiset sote-keskukset sekä asiakassetelien ja henkilökohtaisten budjettien avulla erilaiset yksityiset palvelutuottajat.
2020-luku	Pääministeri Rinteen/Marinin hallituksen **SOTE-uudistus**	Pyrkimys siirtää sote-palveluiden järjestäminen pois kunnilta alueellista itsehallintoa edustaville maakunnille, jotka vastaisivat valtaosin myös palvelutuotannosta. Yksityisen sote-palvelutuotannon varovainen laajentaminen asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin avulla erityisesti ikääntyneille ja vammaisille henkilöille suunnatuissa palveluissa.

Lähes kaikki hallitukset ovat yrittäneet jo vuosikymmeniä tavalla tai toisella ratkoa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisrakenteen ja kuntarakenteen uudistamistarpeen yhdessä muodostamaa pirullista ongelmaa (ks. tästä teemasta esim. Lindell 2017). Uudistamistarpeen mittakaavaa voi hahmotella sitä kautta, että sote-palvelut työllistävät noin kuudenneksen koko työvoimasta ja niihin käytetään yli puolet monen kunnan budjetista. Pirullisen ongelman keskiössä on se, ettei kuntapohjainen rahoitus- ja järjestämismalli ole enää pitkään aikaan kyennyt turvaamaan riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaista toteutumista kaikkialla maassa ja kaikissa väestöryhmissä.

Siksi eri hallitukset ja viranomaiset ovat vaihtelevalla menestyksellä yrittäneet kaventaa kuntien välisiä eroja muun muassa suosituksilla, hankkeilla ja hyvien käytäntöjen levittämisellä. Myös sääntelyä on kehitetty luomalla hoitotakuu sekä uudistamalla terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki.

Kun nämä pehmeät keinot eivät ole tepsineet, on sote-järjestämisrakenteen kehittämisessä siirrytty 2000-luvun alussa lainsäädäntöuudistusten aikakauteen. Sipilän hallituksen tavoittelemaa maakuntapohjaista sote-uudistusta pohjustivat Matti Vanhasen hallitusten (I hallituksen 2003–2007 käynnistämä, II hallituksen 2007–2010 toimeenpanema) PARAS-hanke sekä Jyrki Kataisen ja Alexander Stubbin hallituksien (2011–2015) perustuslakikysymyksiin kaatunut sote-uudistus. Ne olivat yrityksiä uudistaa lainsäädännön muuttamisen kautta sote-järjestämisrakenne ja kuntarakenne samanaikaisesti (ks. taulukko 1).

Jo Paras-hankkeen perusteluissa todettiin useimpien kuntien olevan liian pieniä tuottamaan itse kaikkia peruspalveluja ja tuolloin käynnistyneissä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämishankkeissa pyrittiin palvelujen järjestämiseen aiempaa suuremmalla väestöpohjalla (vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja). Tavoitteena oli myös edistää eri palvelusektoreiden ja porrastetun palvelujärjestelmän eri tasojen välistä integraatiota ja yhteistyötä. Kuntien välinen yhteistyö mahdollistettiin muodostamalla yhteistoiminta-alueita, joissa organisoituminen tapahtui joko kuntayhtymänä tai isäntäkuntamallin mukaisena organisointina. (Kokko, Heinämäki, Tynkkynen, Haverinen, Kaskisaari, Muuri, Pekurinen & Tammelin 2009; Heinämäki 2011; Valli-Lintu 2017). Myös tuolloin perusteluissa tuotiin esiin huoli palvelujen saatavuudesta erityisesti harvaan asutuissa ja vanhusvoittoisissa kunnissa sekä kasvukeskuskunnissa (Niemelä 2008).

Paras-hanke johti Suomen maan historian suurimpaan kuntaliitosaaltoon (ks. esim. Saarimaa & Tukiainen 2018), mutta sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta uudistuskehitys jäi monessa suhteessa epämääräiseksi: kuntakenttä tarkasteli uudistusta palvelutuotannon nä-

kökulmasta sivuuttaen palveluiden järjestämisen näkökulman eikä Paras-hanke siten luonut selkeää uutta tapaa vahvistaa palveluiden järjestämisen taloudellista ja toiminnallista pohjaa (ks. esim. Kaarakainen, Niiranen & Kinnunen 2010). Niinpä hanke ei onnistunut tuottamaan kaivattuja muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuuteen.

Koska Paras-hanke oli osoittanut kuntien määrän riittävän radikaalin vähentämisen poliittisesti mahdottomaksi (Saarinen & Niemelä 2013), Kataisen hallitus valitsi 2010-luvulla oman sote-uudistuksensa pohjaksi selvityshenkilöiden sille esittämän mallin, jossa olisi luotu 32 sote-aluetta vastaamaan niin kutsutuista laajennetun perustason sote-palveluista ja yliopistosairaaloiden pohjalle luotaville erityisvastuualueille (5 erva-aluetta) olisi annettu vastuu erityistason palveluista. Pohjaksi valittu malli hylättiin hyvin pian, jonka jälkeen hanketta valmisteltiin riitaisasti läpi hallituskauden ja lopulta hallituskauden lopulla eduskuntapuolueiden johtajat saivat alkuvuodesta 2014 aikaan niin kutsutun sote-sovun, jonka pohjalta hallitus antoi eduskunnalle joulukuussa 2014 esityksen sote-järjestämislaiksi. Hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevien sote-alueiden hallintomalliksi ehdotettiin kuntayhtymää. Uudistuksen lähtökohtana oli sosiaali- ja terveyspalvelujen täydellinen integraatio vahvan alueellisen järjestäjän toimesta. Esityksen mukaisessa mallissa kunnat olivat olleet edelleen mukana palveluiden tuottamisessa.

Samanaikaisesti valmisteltiin uusi kuntalaki (L410/2015), joka astui voimaan vähitellen vuosien 2015 ja 2019 välisenä aikana. Uudessa kuntalaissa kunta nähdään aiempaa vahvemmin peruskunnan ja siihen eri tavoin liittyvien kuntayhtiöiden ja muiden yhteisöjen muodostama konsernina, jossa asukkaiden itsehallinto kytkeytyy kuntakonsernin omistajaohjauksen ja konsernin toiminnan strategisen suunnittelun työkaluihin. Kuntalain uudistuksen yhtenä tavoitteena oli sopeuttaa kuntien toiminta sote-uudistukseen.

Kataisen ja Stubbin hallitusten (2011–2015) sote-uudistusyritys kaatui kuitenkin eduskunnan perustuslakivaliokuntaan. Koska ihmisten oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, kuten myös kunnallinen itsehallinto, on ollut 1990-luvun perusoikeusuudistuksen jälkeen osa perustuslakiin kirjattuja perusoikeuksia, sote-uudistusten on läpäistävä valtiosääntöoikeudellinen perustuslakikontrolli. Tätä kontrollia Suomessa harjoittaa eduskunnan perustuslakivaliokunta asiantuntijoinaan käyttämiensä valtiosääntöoikeuden professorien avustuksella. Kataisen ja Stubbin hallitusten valmisteleman uudistuksen kaatoi perustuslakivaliokunnassa muun muassa se, että siinä esitetty rahoitusmalli olisi perustuslakivaliokunnan tulkinnan mukaan johtanut perustuslain näkökulmasta liian suuriin veroprosentin korotuksiin kunnissa. Tässä vaiheessa kävi selväksi, että sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitusrakenteen kehittämisestä oli muodostunut erityisen pirullinen ongelma.

Sipilän hallituksen sote- ja maakuntauudistus (2015–2019): mitä tavoiteltiin, miten eteni?

Pääministeri Juha Sipilän hallitus (2015–2019) suunnitteli maakuntapohjaista sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta, joka olisi ollut toteutuessaan Suomen itsenäisyyden ajan suurin hallinnonuudistus. Sote-uudistus olisi perustunut maakuntahallintoon (18 maakuntaa) ja sen keskeisenä sisältönä korostettiin sote-integraatiota ja myöhemmin mukaan tullutta asiakkaan valinnanvapautta (näistä tarkemmin seuraavassa luvussa). Sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös lukuisia muita kunnille ja valtiolle kuuluvia tehtäviä tienpidosta pelastustoimeen olisi siirtynyt uudistuksen yhteydessä perustettaville maakunnille. Vaikka vuoden 2019 alussa kariutunutta uudistusta edelsi vuosien työ, siitä tuli jälleen yksi uusi lenkki epäonnistuneiden uudistusten pitkään ketjuun (ks. myös Valli-Lintu 2019).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen oli siis tarkoitus siirtää vuoden 2020 alussa kahdeksalletoista itsehallinnolliselle maakunnalle, jotka olisivat muodostaneet aivan uuden hallinnollisen tason Suomeen. Käytännössä tässä siis palattiin jo 1970-luvulla esillä olleeseen maakuntapohjaiseen sote-järjestämismalliin. Sipilän hallituksen puolueet sopivat hallituskauden alussa, että sote-uudistuksen yhteydessä – samalla kun sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille – myös asiakkaan valinnanvapautta kehitetään. Tämä oli tarkoitus toteuttaa laajentamalla asiakkaiden valinnanvapautta aiemmasta terveysasemien valinnan mahdollisuudesta kattamaan myös maakuntien palvelutuotantoon hyväksytyt yksityiset toimijat. Valinnanvapauden toteuttamiseksi sote-uudistuksen yhteydessä sote-palveluiden järjestämisvastuu ja tuottaminen oli tarkoitus eriyttää lainsäädännöllisesti täysin toisistaan, mikä olisi heijastunut kaikkialle sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Vaikka järjestämisvastuusta ja tuottamisvastuusta on voitu viimeistään 1990-luvun vapaakuntakokeilujen, kuntalain uudistuksen ja kansanterveyslakiin tehtyjen muutosten jälkeen puhua toisistaan erillään, käsitteiden oikeudellinen sisältö ei ole vielä eriytynyt niin pitkälle kuin niiden sisältö olisi eriytynyt Sipilän hallituksen sote-uudistuksen toteuduttua. Vaikka järjestämisvastuun ja tuottamisvastuun käsitteiden tarkasta sisällöstä on vaikea saada kiinni, niitä käytetään sote-palveluita koskevassa puheessa; usein määrittelemättä käsitteitä tarkemmin kulloisessakin käyttökontekstissa.

Sipilän hallituksen alkuperäisenä tavoitteena oli yhtiöittää laajasti sote-palvelutuotanto sekä mahdollistaa ihmisille sote-palveluiden hankinta markkinoilta käyttäen asiakasseteleitä, joiden tausta on jo aiemmin käyttöönotetuissa palveluseteleissä, ja henkilökohtaista budjettia. Toisin kuin Kataisen hallitus, Sipilän hallitus eteni uudistuksensa valmistelussa sen mittakaava huomioon ottaen erittäin rivakasti. Se toi uudistuksensa keskeisimmät lait eduskunnan perustuslakivaliokunnan arvioitavaksi jo kautensa puolivälissä keväällä 2017.

Lainsäädäntöuudistuksen eteneminen pysähtyi kuitenkin tähän. Koska eduskunnan perustuslakivaliokunta katsoi keväällä 2017 antamassaan lausunnossaan maakunnan järjestämien sote-palveluiden laajan yhtiöittämisvelvoitteen perustuslain vastaiseksi, hallituksen sote-uudistukseen sisältyvä valinnanvapauslaki palautui uudelleen valmisteltavaksi. Tämä merkitsi koko uudistuksen pysähtymistä, sillä päähallituspuolueet keskusta ja kokoomus olivat sopineet, ettei järjestämisrakennetta koskevaa maakuntauudistusta toteutettaisi ilman tuottamisrakennetta koskevaa valinnanvapausuudistusta.

Valinnanvapauslakia koskeneen esityksen uudistamiseen kului vajaa vuosi. Sipilän hallitus antoi keväällä 2018 eduskunnalle uuden esityksen valinnanvapauslaiksi. Siinä perustason palveluissa asiakas saattoi valita haluamansa julkisen tai yksityisen sote-keskuksen ja hammashoitolan, joissa asioi, kun taas erityistason palveluissa asiakas saattoi valita maakunnan liikelaitoksen toimipisteen. Asiakasseteleitä ja henkilökohtaista budjettia koskevilta osin esitys pysyi ennallaan. Eduskunnan perustuslakivaliokunta katsoi, ettei uudessa hallituksen esityksessä ollut vastattu täysimääräisesti sen aiemmasta valinnanvapauslakiesityksestä esittämään kritiikkiin. Niinpä se kritisoi toukokuussa 2018 antamassaan lausunnossa esitystä edelleen vahvasti, mutta katsoi, että siihen sisältyneet perustuslakijännitteet voitaisiin ratkoa eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnassa.

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta teki syksyllä 2018 esitykseen hallituksen valmistelemien vastineiden pohjalta lukuisia muutoksia, jotka saatettiin perustuslakivaliokunnan tarkastettavaksi. Perustuslakivaliokunta katsoi helmikuussa 2019 antamassaan lausunnossa, ettei sosiaali- ja terveysvaliokunta ollut tehnyt esitykseen perustuslakivaliokunnan vaatimia muutoksia. Se vaati sosiaali- ja terveysvaliokuntaa tekemään vielä kymmenittäin erilaisia suurempia ja pienempiä muutoksia esitykseen muun muassa maakuntien oman tuotannon turvaamiseksi, EU-oikeudellisten epäselvyyksien selkiyttämiseksi, rahoitusmallin kehittämiseksi ja tietosuojaongelmien ratkaisemiseksi.

Muutama päivä perustuslakivaliokunnan uuden lausunnon valmistumisen jälkeen hallitus esitti sosiaali- ja terveysvaliokunnalle vastineella, kuinka sen mukaan esitys voitaisiin korjata perustuslain vaatimukset täyttäväksi. Sosiaali- ja terveysvaliokunta järjesti hallituksen vastineesta kuulemisen, jossa perustuslakiasiantuntijat katsoivat, etteivät hallituksen muutosesitykset vastanneet perustuslakivaliokunnan vaatimuksia. Tämä johti pääministeri Sipilän hallituksen ennenaikaiseen eroon ja hallituksen ajama sote-uudistus käytännössä raukesi samalla, kun pääministeri ilmoitti hallituksensa erosta. Hallituksen erotessa lähes kaikki sote-uudistukseen liittyneet lait olivat vielä käsiteltävinä eduskunnan valiokunnissa. Sipilän hallitushan oli linjauksissaan sitonut suuren määrän erilaisia uudistuksia toisiinsa. Niinpä sote-uudistuksen kaatumisen yhteydessä kaatuivat myös muun muassa niin pelastustoimen, asiakasmaksujen, sosiaali- ja terveydenhuollon valvontarakenteen, potilas- ja asiakaslainsäädännön kuin vammaispalveluiden uudistus vaikkei niihin sinällään liittynyt mitään perustuslaillisia ongelmia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja tuottamisrakenteen uudistus siirtyi seuraavan hallituksen tehtäväksi. Keväällä 2019 aloittaneen Rinteen hallituksen ja sitä seuranneen Marinin hallituksen suunnitelmat seuraavat osittain jo aiemmin suunniteltua maakuntapohjaista ratkaisua (ks. tarkemmin Sote-uudistus 2020). Koska Sipilän hallitus aloitti kaatuneen sote-mallinsa lainsäädännön valmistelun yhteydessä jo ennakollisesti sen toimeenpanon, voidaan pohtia, oliko Rinteen hallituksella oikeastaan muuta vaihtoehtoa kuin lähteä etenemään Sipilän hallituksen valitsemalta maakuntapohjalta. Tässä tulevat esiin edellä mainitut polkuriippuvuudet.

Kuitenkin eroja Sipilän hallituksen ja Rinteen/Marinin hallituksien sote-uudistusten välillä on löydettävissä sekä prosessin että sisältöjen osalta. Esimerkiksi hallituksen puheenvuoroissa on nostettu selkeämmin esille kokonaisratkaisun mahdottomuus ja painotettu lainsäädäntöuudistuksen vaiheistamista. Lisäksi perusratkaisu lähtee vahvemmin julkisen sektorin toiminnan näkökulmasta ”pal-

velut ja sisällöt edellä”, jolloin valinnanvapauskeskustelu on jäänyt vähemmälle. Päävastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta olisi julkisella sektorilla. Sote-uudistukseen linkittyy myös Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022-ohjelma, jolla osaohjelmineen ja hankkeineen pyritään kehittämään perustason sosiaali- ja terveyspalveluja (ks. taulukko 2). Myös Uudenmaan alueen tilannetta on erillisselvitetty (STM 2019). Koska keskustapuolue, joka oli mukana niin Sipilän hallituksessa kuin myös Rinteen/Marinin hallituksissa, ei ole valmis vähentämään maakuntien määrää siitä mitä Sipilän hallitus tavoitteli, on Marinin hallitus linjannut lisäävänsä maakuntien määrää jakamalla Uudenmaan useammaksi osaksi. Savon alueella on myös käyty maakuntiin liittyvää keskustelua Itä-Savon osalta. Kamppailu siitä pitäisikö Itä-Savon sairaanhoitopiiri liittää osaksi Pohjois-Savon maakuntaa vaiko vaihtoehtoisesti osaksi Etelä-Savon maakuntaa kertoo siitä, kuinka aluepoliittisesti jännitteisiä kysymyksiä sote-uudistuksiin liittyy. Kamppailu osoittaa myös, kuinka sote-uudistuksella on tapana joutua aluepoliittisen osaoptimoinnin kohteeksi. (Itä-Savo 3.7.2020)

Taulukossa 2 on kuvattu Rinteen/Marinin hallitusten sote-uudistuksen tavoitteita ja toteutusta. Taulukossa 3 verrataan Sipilän ja Rinteen/Marinin hallitusten sote-uudistusten tavoitteita toisiinsa.

Taulukko 2. Sote-uudistuksen tavoitteet ja toteutus Rinteen/Marinin hallitusohjelmassa

Sote-uudistuksen (2019-) tavoitteet	**Sote-uudistuksen toteutus**	**Toimeenpanossa olevia kehittämisohjelmia/ hankkeita**
Tavoitteena… • kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja • turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille • parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta • turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti • vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin • hillitä kustannusten kasvua • parantaa sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuutta ja tuottavuutta • lisätä niiden läpinäkyvyyttä ja avoimuutta	**Palvelurakenne** • sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen kuntaa suuremmille itsehallinnollisille alueille • maakunnat tuottavat palvelut pääosin julkisina palveluina • maakunnat tekevät yhteistyötä keskenään • erityistason palveluiden turvaamiseksi muodostetaan viisi yhteistoiminta-aluetta • yksityinen ja kolmas sektori täydentävinä palveluiden tuottajina • järjestöjen roolia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä vahvistetaan, niiden mahdollisuus tuottaa palveluita turvataan • painotus perustason palveluissa ja ennaltaehkäisyssä **Toteutus** • peruspalveluiden kehittäminen • toteutetaan vaiheittain • valmistellaan palvelusetelilain uudistus • tehdään linjaukset henkilökohtaisen budjetin käyttöönotosta • vahvistetaan asukkaiden osallisuutta ja käyttäjädemokratiaa	**Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma** • käynnistynyt kaikissa maakunnissa **Ohjelmassa osana…** • Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma (LAPE, jo edellisellä hallituskaudella käynnistynyt) • Kansallinen mielenterveysstrategia 2020–2030 • Työkykyohjelma • Sosiaalihuollon kehittämisohjelma • Kotihoidon kehittämishanke • Ikäohjelma **Erikseen valmistelussa…** • vammaispalvelulainsäädännön kokonaisuudistus, jonka yhteydessä otetaan käyttöön Sipilän hallituksen valinnanvapausmalliin sisältynyt henkilökohtainen budjetti • palvelusetelilain uudistus, jonka yhteydessä otetaan käyttöön Sipilän hallituksen valinnanvapausmalliin sisältynyt asiakassetelimalli • asiakas- ja potilaslainsäädännön uudistus, jolla vahvistetaan itsemääräämisoikeuden toteutumista sote-palveluissa

Sote-uudistusten tavoitteet ja todellisuus

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen on ollut 2000-luvulla pallottelua oikeuden ja politiikan maailmojen välillä, mikä näkyi Sipilän hallituksen sote-uudistuksen eduskuntakäsittelyssä hyvin perustuslakivaliokunnan oikeudellisen näkökulman sekä sosiaali- ja terveysvaliokunnan poliittisen näkökulman välisen jännitteen vahvistumisena. Kysymys siitä, mihin sote-uudistuksella varsinaisesti pyritään, on peittynyt oikeuden koherenssin ja erilaisten sote-uudistuksen tavoitteisiin vain heikosti kytkeytyvien poliittisten tavoitteiden edistämisen alle. Esimerkiksi kentällä toimivien kehittäjien ja kolmannen sektorin näkemyksillä asiakkaan pitämisestä uudistuksen keskiössä oli vain vähäinen painoarvo Sipilän hallituksen sote-uudistuksen eduskuntakäsittelyssä sen jumiuduttua jo lakiteknisistä kysymyksistä perustuslakivaliokunnan pöydälle.

Sipilän hallituksen sote-uudistuksen toteuttamisen epäonnistumisesta huolimatta sen keskeisiä tavoitteita voidaan edelleen pitää yhteiskunnan kannalta tavoittelemisen arvoisina (taulukko 3). Samalla on kuitenkin selvinnyt, että osa tavoitteista on toteutettava toisenlaisin keinoin kuin Sipilän hallitus kaavaili. Esimerkiksi kaikille kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut määrittelevää julkista palvelulupausta ei voida antaa oikeudellisesti velvoittavassa muodossa vaan sen antamisessa on kyse enemmän poliittisen tahtotilan julki lausumisesta. Ihmisten oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin määrittyy nimittäin viime kädessä tilannekohtaisesti kunkin yksilöllisten tarpeiden perusteella.

Taulukko 3. Sipilän ja Rinteen/Marinin hallitusten sote-uudistukselle asettamat tavoitteet

Sipilän hallituksen (2015–2019) sote-uudistuksen tavoitteet	**Rinteen/Marinin hallituksen (2019–2022) sote-uudistuksen tavoitteet**
• Taata yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille koko maassa • Asettaa maakunnille velvoite antaa julkinen palvelulupaus	• Turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille • Parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta
• Kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja • Edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä	• Kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja
• Ihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhtenä kokonaisuutena • Varmistaa mahdollisimman laaja integraatio • Koota koko palvelukokonaisuus saman johdon ja budjetin alla	• Sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason palveluiden yhteensovittaminen • Saumaton eri ammattiryhmien välinen yhteistyö • Palvelut eivät pirstoudu, alueilla on edellytykset ja kannuste suunnitella palveluja kokonaisuutena
• Varmistaa toimivat hoito- ja palveluketjut	• Palvelut yhteensovitettuja, hoitoketjut sujuvia • Palveluiden yhteensovittamisen tavoitteena yhtenäiset palveluketjut, erityisesti paljon palveluja tarvitsevien ihmisten hoidon ja hoivan kehittäminen
• Siirtää painopistettä ehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin • Vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja	• Painotus perustason palveluissa ja ennaltaehkäisyssä
• Turvata henkilöstön osaaminen ja saatavuus	• Turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti
• Siirtyä järjestelmä- ja ammattikeskeisyydestä asiakaskeskeisyyteen	
• Purkaa päällekkäisyyksiä	• Parantaa sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuutta ja tuottavuutta sekä lisätä niiden läpinäkyvyyttä ja avoimuutta
• Turvata palvelujen rahoitus	• Hillitä kustannusten kasvua
	• Vastata yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin

Varsinaiset sote-uudistuksen tavoitteet, kuten palveluiden saatavuuteen liittyvän epätasa-arvon vähentäminen ja eri palvelujen integrointi asiakaslähtöisesti, ovat saaneet julkisuudessa lähtökohtaisesti osakseen sekä poliittisten päättäjien että kansalaistenkin laajaa kannatusta. Kuitenkin on jo pitkään ollut epäselvää, eteneekö

uudistus jatkossa sellaiseen suuntaan, joka tosiasiassa edistää näiden tavoitteiden toteutumista. Vaikka tavoitteista on siis vallinnut laaja yksimielisyys, niistä keinoista, joilla tavoitteisiin pyritään, keskustelu on ollut jo paljon vaikeampaa. Suuria linjoja koskevat poliittiset päätökset ovat usein hankaloittaneet keskustelua palveluiden kehittämisestä konkreettisten käytänteiden tasolla, vaikka Marinin hallitus onkin retorisella tasolla pyrkinyt pitämään nämä ulottuvuudet toisistaan erillään.

Viimeisimmästä sote-uudistuksesta keskusteltaessa jäi epäselväksi esimerkiksi se, olisivatko siinä ehdotetut muutokset auttaneet sosiaali- ja terveydenhuollon tai perus- ja erikoispalvelujen integrointia vai olisivatko ne jopa vaikeuttaneet sitä. Samaan aikaan kun Sipilän hallituksen sote-mallissa palveluiden järjestäjälle olisi säädetty velvoite palveluintegraatioon, monituottajamalliin olisi myös sisällytetty paljon sellaisia elementtejä, jotka olisivat tehneet niin horisontaalisen kuin vertikaalisen integraation toteuttamisesta verrattain vaikeaa.

Tämä heijastui etenkin keskusteluun hallituksen valinnanvapausmalliin sisältyneestä erityisestä integraatioasiakassuunnitelmasta (sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakassuunnitelma), johon perustuslakivaliokunta kohdisti lausunnoissaan runsaasti kritiikkiä. Siinä lukuisat nykyisin eri tahojen erilliset asiakassuunnitelmat olisi liitetty toisiinsa sellaisella tavalla, joka olisi mahdollistanut julkisen sote-järjestäjän ja yksityisten sote-palvelutuottajien välisen toiminnanohjauksen kehittämisen. Integraatioasiakassuunnitelman valmistelijat eivät kuitenkaan kyenneet pukemaan suunnitelmaansa lakitekstin muotoon tavalla, joka olisi tyydyttänyt oikeusturvakysymyksistä huolestuneita perustuslakiasiantuntijoita. Integraatioasiakassuunnitelman suunnittelun vaikeus oli yksi niistä tekijöistä, jotka haastoivat koko valmistellun valinnanvapausmallin toteutumisen. Siihen liittyneet epäselvyydet muodostivat niin kompleksisen ongelmavyyhdin, ettei asiantuntijoilla ollut Sipilän sote-uudistuksen kaatuessa jaettua ymmärrystä edes siitä, mikä kaikki siinä oli ongel-

mallista. Tätä taustaa vasten ei ole mikään ihme, että integraatioasiakassuunnitelmaa koskevaan keskusteluun ei ole viitattu mitenkään Rinteen/Marinin hallitusten sote-uudistuksen yhteydessä. Hallitusohjelmia vertailtaessa huomio kiinnittyi myös siihen, että Rinteen/Marinin hallitusohjelmassa integraatiokäsitteen käyttö on lähes häivytetty, ja sen tilalla käytetään palvelujen yhteensovittamista. Integrointi mainitaan kerran, kun kuvataan sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistusta tavoitteenomaisesti: ”Sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason palveluiden yhteensovittaminen eli integraatio ja eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on saumatonta…”.

Sote-uudistusta koskeneessa keskustelussa ovat korostuneet myös eri ammattialojen valtataistelut ja painotukset. Kun erikoissairaanhoidon keskeinen rooli on hallinnut uudistusten suunnittelua, on esimerkiksi Reijo Väärälä (2015) tuonut esille huolensa sosiaalihuollon marginaalisesta asemasta sote-uudistuksessa: hänen näkemyksensä mukaan Sipilän hallituksen esittämä uudistus painottui vahvasti terveyspalveluihin ja niiden ongelmien ratkaisemiseen. Terveyspalveluiden järjestämis- ja tuottamisrakenteen uudistaminen on osoittautunut oikeudellisesti yksinkertaisemmaksi. Sosiaalihuollon uudistaminen on oikeudellisesti monimutkaisempaa. Osittain tästä syystä Sipilän hallituksen sote-uudistuksessa kaavaillut yksityiset sote-keskukset uhkasivat kaventua lähes pelkiksi terveyskeskuksiksi; sote-keskuksiin olisi ollut tulossa varsin vähän sosiaalipalveluja ja nekin lähinnä sosiaalihuollon neuvontaa ja ohjausta (ks. Möttönen 2019).

Sote-uudistuksesta keskusteltaessa on usein korostunut sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen haasteellisuus. Huolta on kannettu siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon kasvaviin tarpeisiin vastaavat palvelut on mahdollista rahoittaa, kun suomalaiset ikääntyvät ja huoltosuhde heikkenee syntyvyyden laskun myötä. Osittain tämä keskustelu on yhdistynyt myös sosiaaliturvan uudistamisen tarpeeksi. Tätä niin sanottua sotu-uudistusta on kuitenkin siirretty

aina eteenpäin sote-uudistuksen jälkeiseen aikaan, vaikkakin sitä on myös edistetty erilaisten selvitysten ja esimerkiksi perustulokokeilun avulla. Kun sote-uudistus lykkääntyy yhä vain pidemmälle, on ilmeistä, että sote- ja sotu-uudistukset joudutaan toteuttamaan pikemminkin rinnakkain kuin peräjälkeen. On vaikea sanoa missä määrin tämä on uhka ja missä määrin mahdollisuus. Tässä yhteydessä saattaa nousta esiin myös tarve uudistaa kokonaan se perustuslain sosiaalisia perusoikeuksia koskeva valtiosääntöoikeudellinen kehikko, jota perustuslakivaliokunta käyttää sote- ja sotu-uudistusten perustuslainmukaisuuden arviointiin.

Sote-uudistuksen taustalla on ollut myös huolta sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta erityisesti lastensuojelussa tai vanhuspalveluissa sekä palveluiden heikosta saatavuudesta ja saavutettavuudesta etenkin harvaan asutuilla alueilla. Lastensuojelussa keskeinen haaste on ollut ammattilaisten puute, kuten täyttämättömät sosiaalityöntekijöiden toimet osoittavat. Vanhuspalveluiden osalta näissä keskusteluissa on korostunut muun muassa työntekijöiden määrä suhteessa asiakkaisiin ja asiakkaiden moninaistuviin tarpeisiin. Esimerkiksi vanhuspalveluissa hoitajamitoitus on korostunut varsinkin Rinteen/ Marinin hallitusten prioriteettilistalla mietittäessä lainsäädännön uudistamista. Haasteensa tähänkin tuovat osittain hoitajien saatavuus ja riittävyys riippumatta lainsäädäntöön tulevista mitoitusvelvoitteista. Kun eduskunta vuonna 2020 päätti nostaa vaiheittain vanhusten tehostetun palveluasumisen hoitajamitoitusta, tunnistettiin yleisesti, ettei hoitajia välttämättä saada riittävästi kaikkialle maahan, mikä uhkaa hoitajamitoituksen ulkopuolelle jääneen kotihoidon palvelutasoa.

Monet riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaiseen turvaamiseen liittyvät ongelmat eivät ole ratkottavissa vain lainsäädäntöä uudistamalla. Esimerkiksi anestesiahammashoidon saatavuudessa olevat vakavat puutteet johtuvat vuosikymmeniä sitten tehdyistä koulutuspoliittisista päätöksistä, joiden seurauksena maassa on liian vähän anestesiahammashoitoa antamaan kykenevää henki-

löstöä. Koska tällaisen henkilöstön kouluttaminen on hyvin hidasta, esimerkiksi eräiden kehitysvammaisryhmien hammashoidossa jo pitkään havaittuja puutteita ei voida korjata vain lainsäädäntöä uudistamalla.

Samalla viime vuosina onkin keskusteltu runsaasti niin Suomessa kuin kansainvälisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ja potilaiden asemasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (esim. Goodwin 2015; Hujala & Lammintakanen 2018; Ylitalo-Katajisto 2019). Koska hajanainen ja sektoroitunut palvelujärjestelmä ei pysty auttamaan niitä asiakkaita tai potilaita, joiden tarpeet eivät tule tyydytetyksi vain yksittäisen organisaation tai työntekijän avulla, jonkinlainen uudistus tarvitaan. Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on myös eri toimijoiden välinen toimiva yhteistyö ja yhteistyörakenteet näiden asiakkaiden auttamiseksi (ks. Taskinen & Hujala 2020 tässä julkaisussa).

Sote-uudistuksen tavoitteita voi tarkastella myös niiden tekijöiden näkökulmasta, joihin Sipilän hallituksen uudistusyritys lopulta kariutui. Ensinnäkin esitetty valinnanvapausmalli rikkoi liiaksi integraation mahdollisuuden ja uhkasi estää väestön terveyserojen kaventamista. Toiseksi vahvasti yksityisen tuotannon varaan rakentuneessa mallissa palveluiden turvaamisesta viime kädessä vastuussa olleiden maakuntien tosiasiallinen kyky selviytyä viimesijaisesta palveluiden järjestämisvastuustaan ei ollut uskottava. Kolmanneksi malli rakentui muun muassa korvausjärjestelmien osalta sellaiselle tietojärjestelmien kehittämistyölle, johon liittyviä tietosuojakysymyksiä ei kyetty ratkomaan. Neljänneksi mallin toimeenpanoaikataulu oli aivan liian kunnianhimoinen. Viidenneksi huonosti ohjattavissa olevaan sote-järjestelmään sisältyi sellaisia kustannusrajoittimia, joiden takia ainakin osaa haavoittuvien ryhmien palveluista uhkasi liiallinen kurjistuminen. Nämä tekijät, joihin Sipilän hallituksen sote-uudistus kariutui, kertovat samalla myös niistä tavoitteista, joihin kaikkien ihmisten yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamiseen sitoutuvan uudistuksen tulee vastata.

Osana Sipilän hallituksen suunnittelemaa sote-uudistusta tavoiteltiin myös uudenlaista arvioinnin ja kehittämisen näkymää sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tässä keskeisinä osina on edelleen kuntien tai maakuntien omavalvonnan korostuminen, mutta myös vahva palvelujen ulkopuolinen valvonta (valvontaorganisaatiot), jotta mahdollisiin epäkohtiin puututtaisiin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Uudistukseen sisältyi uusi tapa ajatella sosiaali- ja terveydenhuoltoa niin sanotun palvelulupauksen toteuttamisena. Arvioinnin ja valvonnan oli tarkoitus pohjautua osittain juuri näiden palvelulupausten toteutumien arviointiin. Arvioinnissa ja seurannassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen roolin on viime aikoina uskottu vahvistuvan, mikä asettaa paineita mittavia säästöohjelmia viime aikoina läpikäyneen tutkimuslaitoksen resurssien turvaamiselle.

Kyseisen sote-uudistuksen yhteydessä oli tarkoitus perustaa uudenlainen, monialainen valtion lupa- ja valvontavirasto (Luova), johon olisi koottu valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtäviä nykyisistä aluehallintovirastoista, ELY-keskuksista, KEHA-keskuksesta, Valvirasta ja Maatalousyrittäjien eläkelaitos Melasta. Sen perustaminen olisi muuttanut sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan perinpohjaisesti purkamalla muun muassa erottelun keskushallinnon ja aluehallinnon tasolla tapahtuvaan valvontaan. Eduskunnan perustuslakivaliokunta lopetti valtion lupa- ja valvontaviraston perustamista koskevan hallituksen esityksen käsittelyn Sipilän hallituksen erotessa maaliskuussa 2019 ilman, että se ehti antaa asiasta lausuntoa. Valiokunnan kuulemien valtiosääntöasiantuntijoiden lausuntojen perusteella käy kuitenkin selville, ettei esitetty Luova-virasto täyttänyt perustuslain vaatimuksia. Valvontarakenteen kehittämisen osalta palattiin siis Sipilän hallituksen sote-uudistuksen kaatumisen yhteydessä takaisin lähtöpisteeseen. Vaikuttaa todennäköiseltä, että tälläkin osa-alueella siirrytään mittakaavaltaan pienempiin uudistuksiin.

Sote-uudistusten suunnittelua ovat leimanneet valmistelun pitkäkestoisuus, monivaiheisuus ja erityisesti useat epäonnistumiset. Tämä antaa Sakari Möttösen (2019) mukaan aiheen pohtia, miten

laajoja ja suuria uudistuksia yleensäkin voidaan tai kannattaisi tehdä. Kaikkien hallitusten tavoitteena on ollut saada uudistus valmiiksi omana hallituskautenaan ja pelkona, että seuraava hallitus hylkää valmistellut uudistussuunnitelmat. Laajojen ja suurten uudistusten tekeminen edellyttää, että puolueet kykenevät sopimaan uudistamisen periaatteista hallituskausien yli ulottuvaksi ajaksi. Tämä vaatii myös eri tasoilla olevaa vahvaa johtamista ja johtamisosaamista.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen johtamisen näkökulmasta

Sipilän hallituksen suunnitteleman sote-uudistuksen toimeenpano olisi käytännössä tarkoittanut monenlaisten, monitasoisten sekä eri laajuisten muutosten ja uudistusten johtamista:

- maakunnan liikelaitoksen muodostamista ja sen johtamista muutoksena;
- maakuntien isojen sote-organisaatioiden johtamista ja näiden sisällä eri toimialoja yhteensovittavaa johtamista;
- sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraation johtamista muutoksena;
- julkisten ja yksityisten sote-toimijoiden välisen yhteistyön johtamista;
- olemassa olevien sote-toimintayksiköiden yhdistämistä sote-keskuksiksi ja tämän muutoksen johtamista;
- palveluprosessien, kuten palveluketjujen, yhdistämistä ja sitä tukevaa yhteensovittavaa johtamista;
- uusien tietojärjestelmien käyttöönottoa muutoksena ja sen johtamista;
- osaamisvaatimusten, ammattiroolien ja työn sisältöjen muutoksia sekä niiden johtamista.

Kun Sipilän hallituksen sote-uudistus kaatui, näiden muutosten johtaminen siirtyi valtiollisen päätöksenteon strategisella tasolla Rinteen/Marinin hallituksille. Kuntien, kuntayhtymien ja erilaisten sote-toimintayksiköiden käytännön toiminnan tasolla vastuu sote-uudistusten johtamisesta on pysynyt hallitusten vaihtuessa pääosin samojen toimijoiden käsissä. Tämä kertoo siitä, kuinka strategiatasolla tapahtuvat katkokset ja muutokset johtamisvastuussa olevissa toimijoissa eivät välttämättä näyttäydy yhtä dramaattisina sosiaali- ja terveyspolitiikan arkisen toimeenpanon tasolla tarkasteltuna.

Yksi syy johtamisen vaativuudelle syntyy jo siitä, että strateginen johtaminen tai operatiivisen tason muutosjohtaminen tapahtuu monien sidosryhmien ympäröimänä. Lisäksi johtamista tapahtuu – kuten yllä on kuvattu – sekä poliittisella areenalla että asiantuntija-areenalla valmistelukoneiston toimijoista puhumattakaan. Näiden eri toimijoiden näkemysten samansuuntaisuus on keskeinen vaatimus uudistuksen toteutumiselle. Sosiaali- ja terveydenhuolto on myös vahvasti niin sanottu professioala, jossa eri ammattikunnat pyrkivät vaikuttamaan lopputulokseen erilaisten omien intressiensä näkökulmasta. Myös heidän valta-asemansa ja väylänsä näiden intressien esille tuomiselle vaihtelevat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksia on mahdollista myös käsitteellistää eri tavoin. Tällöin tullaan jo kysymyksiin esimerkiksi siitä, nähdäänkö uudistus tietoisena reformina tai laajan muutoksen osana. Myös uudistuksiin ja muutoksiin liittyvillä käsitteillä voidaan luoda erilaisia mielikuvia. Terminä uudistus on usein sävyltään muutosta myönteisempi. Toisaalta suunniteltua sote-muutosta on nimitetty myös reformiksi. Vuokko Niiranen (2006) kuvaa reformia aktiiviseksi, tietoiseksi ja tavoitteelliseksi uudistamiseksi. Myös Raija Julkusen (2017) mukaan reformi on mahdollista suomentaa uudistukseksi ja uudistamiseksi. Hän kuitenkin näkee myös eroja uudistus- ja reformikäsitteiden välillä: ”Re-form kertoo, että jotakin jo rakennettua, instituutioitunutta ja juurtunutta asetetaan kyseenalaiseksi, puretaan auki, muotoillaan ja rakennetaan uusiksi.” Julkunen

(2017) toteaa reformin ilmestyneen poliittista ja hallinnollista kieltä hallinneen "kehittämisen" rinnalle viitaten Sipilän hallituksen kauteen (2015–2019), jolloin esimerkiksi eräitä hallituksen ministereitä kutsuttiin poliittisessa kielessä reformiministereiksi. Myös sote-uudistus näyttäytyi välillä sote-reformina (ks. Kangasniemi, Voutilainen, Kapanen, Tolmala, Koponen, Hämäläinen & Elovainio 2017). Julkunen tulkitsee tämän kielellisen siirtymän merkinneen sitä, että tuolloin olisi ollut menossa jotain laadullisesti erilaista kuin vuosikymmenten "kehittämisessä".

Reformipuheesta on puolestaan irtaannuttu Rinteen/Marinin hallituksen kaudella, sillä ainakin sen alkuvaiheessa on palattu puhumaan jälleen organisaatioiden kehittämisestä ja sote-järjestämisrakenteen muutoksesta. Erilaisia tapoja kielellistää sote-uudistus voi hahmotella esimerkiksi seuraavasti:

Muutos	Muutos ymmärretään usein uudistusta laajemmaksi sisältäen sekä tietoisia uudistuksia että organisaation ja sen toimijoiden mukautumista esimerkiksi ympäristön muuttumiseen
Reformi	Aktiivinen, tietoinen ja tavoitteellinen uudistus
Uudistus	Muutoksen yksi muoto eli tietoisesti suunniteltu ja aikaansaatu, sävyltään usein muutosta myönteisempi
Organisaation kehittäminen	On yksi esimerkki suunnitellusta, johdetusta ja ylhäältä ohjatusta muutoksesta

Erilaisten uudistusten laajuutta on mahdollista arvioida niihin linkittyvien toimijoiden, tasojen tai aikataulun mukaan. Jälkikäteen arvioiden Sipilän hallituksen sote-järjestämisrakenteen uudistus laajeni läpi hallituskauden ja kiinnittyi samalla muihin valmisteilla olleisiin uudistuksiin (esim. maakuntauudistus, valinnanvapauden laajennus ja muut sote-palveluiden tuottamisrakenteen uudistukset, työvoimapolitiikan toimeenpanorakenteen uudistus, pelastustoimen järjestämisrakenteen uudistus, valtion lupa- ja valvontaviranomaisten rakenneuudistus) ja tämä osaltaan vaikeutti ja hämärsi sote-uu-

distuksen etenemistä ja kokonaishahmotusta. Hallituskauden lopulla esimerkiksi tieverkon hoitoon ja sosiaalihuollon järjestämiseen liittyvät kysymykset, joilla ei sinällään ole mitään tekemistä toistensa kanssa, oli kytketty toisiinsa siten, että toisen kaatuminen merkitsi samalla myös toisen kaatumista. Tämänhetkisessä soteuudistuksessa on kyse tässä mielessä vain sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen linkittymisestä toisiinsa.

Kun Sipilän hallituksen sote-uudistuksesta oli tullut näin kuin rinnettä alaspäin vieriessään alati kasvava lumipallo, johon tarttui jatkuvasti mukaan uutta, yritys Suomen historian suurimman hallinnonuudistuksen toteuttamiseen ei ollut enää johdettavissa, vaikka halua saada sote-uudistus valmiiksi oli eri toimijoilla. Johtamisessa on olennaista arvioida, mitkä tavoitteet tai johtamisen sisällöt otetaan milloinkin johtamisen kohteeksi. Muutoin johtamisen tavoitteet ja siihen liittyvä johtamistyö hajaantuu liian monille toiminta-areenoille, jolloin johtamisen tavoite voi hämärtyä epämääräiseksi ja liian amebamaiseksi.

Jo tapahtuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa tai muutoksissa korostuu erityisesti erilaisten ja erityyppisten organisaatioiden yhdistäminen – eli rakenteellisen integroinnin tyyppi – ja siihen liittyvien muutosprosessien johtaminen. Eriasteiset palvelujärjestelmien, palvelujen ja organisaatioiden yhdistämiset vaativat osittain erilaista johtamista ja johtamisosaamista kuin johtaminen jo integroiduissa sosiaali- ja terveysorganisaatioissa, jotka ovat yleensä isoja ja kompleksisia. Yhdistämisprosesseissa on näin ollen kyse laajan ja syvällisen organisaatiomuutoksen johtamisesta. (Taskinen 2005; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2017.) Aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedämme, että organisaatioiden yhdistämiset ovat vaativia, erityisesti niiden toimeenpanon johtamisen eli muutosjohtamisen kannalta.

Lainsäädäntöuudistuksien johtaminen strategisella ja lainsäädännön tasolla on siten vain pieni osa sote-uudistuksen johtamista. Sote-uudistus ei tule millään muotoa valmiiksi sillä hetkellä, kun

eduskunta lopulta hyväksyy jossakin muodossa sote-palveluiden järjestämis- ja tuottamisrakenteen uudistavan lainsäädäntökokonaisuuden. Vaikka puhe erilaisista lainsäädäntöuudistuksista on hallinnut viime aikojen julkista keskustelua, sote-uudistusten johtamisessa pitäisi oikeastaan korostua toimintayksikkötason johtaminen. Paraskaan lainsäädäntö ei turvaa ihmisille riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluita ilman sen onnistunutta implementaatiota käytännön toimintaan ja sen johtamiseen. Lohdullista ehkä onkin todeta, että joissakin kohdin tämä toimintayksikkötasoinen johtaminen on ollut hyvää ja toimivaa riippumatta sote-uudistuksen vaiheesta jatkuvana prosessina.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja niiden toimintaympäristöissä muutokset ovat olleet hyvin yleisiä jo vuosikymmeniä. Näitä muutoksia on voinut hyvällä syyllä luonnehtia jatkuviksi, jolloin johtaminenkin on ollut ikään kuin muutoksissa johtamista. Kataisen, Stubbin, Sipilän ja Rinteen/Marinin hallitusten sote-uudistuksissa on kuitenkin ollut kyse ainakin jossain määrin organisaatioiden ulkopuolelta virinneestä, suunnitellusta ja vahvasti ohjatusta suuresta, laajasta ja syvällisestä uudistuksesta (ks. esim. Taskinen 2017). Koska sote-uudistusta voi luonnehtia lähes kaiken kattavaksi muutokseksi, joka ulottuu lainsäädännöstä tietojärjestelmien ja toimintakäytänteiden tasoille saakka, se asettaa lukuisat toimijat kohtaamaan moninaisia johtamiseen liittyviä haasteita ja vaatimuksia, vaikka uudistuksen tavoitteista ja lainsäädännöstä jonakin päivänä oltaisiinkin riittävän yksimielisiä.

Lähteet

Goodwin Nick 2015. How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. *International Journal of Integrated Care* 15(29), e037. http://doi.org/10.5334/ijic.2254

HE 101/1981. *Hallituksen esitys eduskunnalle Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta.* https://www.edilex.fi/he/vuosihakemisto/kaikki/1981?perpage=20&offset=161

Heinämäki Liisa 2011. *Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa.* Raportti 41, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Hiilamo Heikki & Saari Juho 2010. Sosiaalisten mahdollisuuksien politiikka. Teoksessa Hiilamo Heikki & Saari Juho (toim.) *Hyvinvoinnin uusi politiikka – Johdatus sosiaalisiin mahdollisuuksiin.* Diakonia-ammattikorkeakoulu, A Tutkimuksia 27, Helsinki, 13–35. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-093-2

Hujala Anneli & Lammintakanen Johanna 2018. *Paljon palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön.* Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen raportti. KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö, Julkaisu 12/2018. https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon

Itä-Savo, 3.7.2020. https://ita-savo.fi/uutiset/lahella/8f6d8f20-e6eb-43df-a0af-dbcfa482b94f

Julkunen Raija 2017. *Muuttuvat hyvinvointivaltiot, Eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina.* SoPhi 137, Jyväskylän yliopisto. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7146-5

Kaarakainen Minna 2008. *Hajauttaminen valtion ja kuntien välisissä suhteissa 1945–2015. Valtiollisesta järjestelmästä kohti kuntaverkostojen perusterveydenhuoltoa.* Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 153, Kuopio.

Kaarakainen Minna, Niiranen Vuokko & Kinnunen Juha (toim.) 2010. *Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus.* Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Acta nro 219. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kangasniemi Mari, Voutilainen Ari, Kapanen Sari, Tolmala Annika, Koponen Johannes, Hämäläinen Mirja & Elovainio Marko 2017. *Työn uusjako Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa.* Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan

Julkaisusarja 66/2017. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-452-8
Kielitoimiston sanakirja 2020. Kotimaisten kielten keskus. https://www.kotus.fi/sanakirjat/kielitoimiston_sanakirja. Verkkojulkaisu HTML. Päivitettävä julkaisu. Päivitetty 24.2.2020 [viitattu 5.5.2020].
Kokko Simo 2009. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *International Journal of Integrated Care* 9(25).
Kokko Simo, Heinämäki Liisa, Tynkkynen Liina-Kaisa, Haverinen Riitta, Kaskisaari Marja, Muuri Anu, Pekurinen Markku & Tammelin Mia 2009. *Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen ratkaisuista*. Raportti 36, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085142
L66/1972. *Kansanterveyslaki*. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066
L710/1982. *Sosiaalihuoltolaki*. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1982/19820710
L677/1982. *Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuuslaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1982/19820677
L1062/1989. *Erikoisairaanhoitolaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062
L365/1995. *Kuntalaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1995/19950365
L169/2007. *Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta*. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169
L410/2015. *Kuntalaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410
Lindell Juha 2017. *Muutosjohtajuuden pirullinen puoli*. Väitöskirja. Acta Wasaensia 375, Vaasan yliopisto, Vaasa.
Machiavelli Niccolò 2001. *Ruhtinas*. 7. painos. WSOY, Juva.
Möttönen Sakari 2019. *Sote-uudistamisen anatomia, Yhteiskuntapoliittisia näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon reformista*. KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu 26, Helsinki. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2019/05/mottonen_sote-uudistamisen-anatomia-3.pdf
Niemelä Mikko 2008. Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 102. Kela, Helsinki. http://hdl.handle.net/10250/7935
Niiranen Vuokko 2006. Reformia, rakenteita, retoriikkaa. Teoksessa Aarrevaara Timo & Stenvall Jari (toim.) *Kriittinen ajankuva*. Tampere University Press, Tampere, 60–81. http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6835-X
Pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelma 6.6.2019. *Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta*. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:23, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-756-7

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. *Ratkaisujen Suomi*. Hallituksen julkaisusarja 10/2015, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-582-2

Saarimaa Tuukka & Tukiainen Janne 2018. PARAS-hankkeen aikana toteutettujen kuntaliitosten vaikutukset. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 114(2), 256–271.

Saarinen Arttu & Niemelä Mikko 2013. Terveydenhuolto osana kunta- ja palvelurakenteiden uudistamista Helsingin Sanomien mukaan vuosina 2003–2012. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 50, 127–138.

Sanerma Päivi 2009. *Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1458, Tampereen yliopisto, Tampere.

Sinkkonen Sirkka, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2017. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen,* 3. uudistettu painos. Sanoma pro, 105–128.

Sote-uudistus 2020. https://soteuudistus.fi/etusivu

STM 2019. Uusimaa-PKS-Helsinki sote-erillisselvityksen loppuraportti. Uusimaa-PKS-Helsinki sote-erillisselvityksen ohjausryhmä 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:71, Helsinki. https://valtioneuvosto.fi/julkaisut/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-4130-4

Taskinen Helena 2005. *Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Taskinen Helena 2017. Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen*, 3. uudistettu painos. Sanoma pro, Helsinki, 147–166.

Taskinen Helena & Hujala Anneli 2020. Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 47–75.

Tepponen Merja 2009. *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Tirronen Jarkko 2011. Politiikkaprosessin sisällä. Polkuriippuvuus, agendan asettaminen ja innovaatioiden levittäminen. Teoksessa Niemelä Mikko & Saari Juho (toim.) *Politiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos*. Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 26–45. http://hdl.handle.net/10138/28180

Trouvé Hélène, Couturier Yves, Etheridge Francis, Saint-Jean Olivier & Somme Dominique 2010. The path dependency theory: analytical framework to study institutional integration. The case of France. *International Journal of Integrated Care* 10(30), 1–9. http://doi.org/10.5334/ijic.544

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6

Valli-Lintu Auli 2017. *Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu*. KAKS – Kunnallisalan Kehittämissäätiön Julkaisu 10. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/09/sote-jakuntarakenteen-pitka-kujanjuoksu_2.pdf

Valli-Lintu Auli 2019. *Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu – osa II*. KAKS – Kunnallisalan Kehittämissäätiön Julkaisu 27. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2019/06/valli-lintu_sote-ja-kuntarakenteen-pitka-kujanjuoksu-osa-ii-1.pdf

Virtanen Petri, Smedberg Jari, Nykänen Pirkko & Stenvall Jari 2017. *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-328-6

Väärälä Reijo 2015. Sote-ratkaisun päätöksenteko – mikä rooli kaupunkikeskuksille ja sosiaalihuollolle? Teoksessa Salonen-Soulié Ulla (toim.) *Sote-uudistus – kipupisteitä ja uusia avauksia sosiaalihuollolle*. Huoltajasäätiö, verkkojulkaisu. http://www.huoltaja-saatio.fi/wp-content/uploads/2016/06/HuSa_SOTE-uudistus-kipupisteita%CC%88-ja-uusia-avauksia-sosiaalihuollolle.pdf

Weick Karl E. & Quinn Robert E. 1999. Organizational change and development. *Annual Review of Psychology* 50, 361–386.

Ylitalo-Katajisto Kirsti 2019. *Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1540, Oulun yliopisto, Oulu.

Integraatio
– sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä

Helena Taskinen & Anneli Hujala

Johdanto

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio tai integrointi on ollut viime vuosien julkisen ja poliittisen keskustelun yleinen puheenaihe niin Suomessa kuin monissa muissakin maissa. Kyseessä on siis hyvin kansainvälinen ilmiö. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ei kuitenkaan ole uusia asia tai vain viime vuosien ilmiö. Erilaisia ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän eri tasoihin kohdentuvia integroinnin tapoja on ollut käytössä jo vuosikymmeniä (Taskinen 2005; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2017). Integrointi/integraatio on myös ollut jo vuosikymmeniä vahva ja moninäkökulmainen tutkimusalue. Tästä yhtenä osoituksena ovat esimerkiksi aihealueen

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 47–75.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

kansainväliset tieteelliset lehdet: *International Journal of Integrated Care, Journal of Integrated Care, Journal of Interprofessional Care* ja *International Journal of Care Coordination*. Mutta mitä itse asiassa integraatiolla tai integroinnilla oikein tarkoitetaan?

Tässä artikkelissa tarkastelemme integraation eli sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen teoreettisia lähtökohtia ja periaatteita sekä sen käytännön toteuttamisen haasteita Suomessa. Pohdimme aihetta erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuuksien koordinoinnin näkökulmasta. Nostamme integraation lisäksi esiin myös keskustelua valinnanvapaudesta. Valinnanvapaus on integraation rinnalla kansainvälisestikin keskeinen sosiaali- ja terveysalan uudistumisen suuntaus, joka voi joko tukea tai haastaa asiakaslähtöistä palvelujen yhteensovittamista.

Integraatio ilmiönä ja käsitteenä

Integroinnin käsitteen (nykykielessä usein integraatio) juuret ovat jo varhaisissa organisaatioteorioissa. Esimerkiksi Sirkka Sinkkonen, Helena Taskinen ja Sari Rissanen (2017) tuovat julkaisussaan esille, että jo Fayol (1916) sekä Gulick ja Urwick (1937) käyttivät organisaatioiden ja johtamisen analyyseissään ja tutkimuksissaan käsitteitä eheyttäminen, yhdentäminen (*integration*) ja yhteensovittaminen (*coordination*) sekä vastakkaisia ilmiöitä kuvaavia käsitteitä eriytyminen (*differentiation*), erikoistuminen (*specialization*) ja työnjako (*division of labour*). Kuitenkin vasta Lawrencen ja Lorschin (1967) teos toi nämä kompleksisten organisaatioiden kaksi keskeistä rakennepiirrettä ja käsitettä – integroituminen ja differentioituminen – näkyvämmin esille organisaatio- ja johtamistutkimukseen. (Sinkkonen ym. 2017, 106.)

Yksinkertaisesti ilmaistuna integrointi tarkoittaa siis yhdentämistä, yhdentymistä, eheyttämistä tai liittämistä. Teoreettisina käsitteinä integrointi ja koordinointi ovat toistensa lähikäsitteitä ja niitä käytetään usein toistensa synonyymeina. Koordinointi voidaan

ymmärtää myös yhdeksi integrointikeinoksi. Tällöin integroinnilla olisi koordinointia laajempi merkitys: sillä viitataan laajempaan ilmiökenttään kuin koordinoinnilla. (Kodner & Speeuwenberg 2002; Kodner 2009; Tepponen 2009; Sinkkonen ym. 2017).

Integroinnin ilmiökentän ja käsitteen tarkastelun näkökulmat ovat moninaiset; integraatiolla voidaan siten tarkoittaa hyvin monenlaisia tai monitasoisia asioita (mm. Armitage, Suter, Oelke & Adair 2009; Kodner 2009; Fisher & Elnitsky 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa kyseessä ovat erilaiset toimet ja ratkaisut, joiden avulla pyritään yhdentämään tai eheyttämään hyvinvointipalvelujen rakenteita ja toimintoja. Taulukossa 1 on kuvattu keskeisiä tutkimuksissa ja teoreettisessa kirjallisuudessa tunnistettuja integroinnin ulottuvuuksia.

Taulukko 1. Integraatio-käsitteen jäsentämisen ulottuvuuksia

<table>
<tr>
<td rowspan="2">Normatiivinen integraatio
(normative integration)

Jaetun/yhteisen normatiivisen viitekehyksen luominen ja ylläpitäminen (esim. arvot, kulttuuri, visio ja missio)</td>
<td>Järjestelmätason integraatio (system integration)
Koko järjestelmää koskeva horisontaalinen ja/tai vertikaalinen yhdentyminen
• esim. poliittiseen päätöksentekoon ja lainsäädäntöön perustuva laaja yhteiskuntatason rakenteiden yhdistäminen
• horisontaalinen (vaakataso, samalla tasolla olevat)
• vertikaalinen (pystytaso, hierarkkinen järjestys)</td>
<td rowspan="2">Funktionaalinen integraatio
(functional integration)

Keskeisten tukitoimintojen yhdenmukaistaminen (esim. johtaminen, tietojärjestelmät ja rahoitus)</td>
</tr>
<tr>
<td>Organisaatiotason integraatio
(organisational integration)
Organisaatioiden välinen ja/tai tietyn organisaation eri yksiköiden välinen yhteistyö
• esim. sopiminen, strategiset liittoumat, organisaatioiden yhdistämiset</td>
</tr>
</table>

Taulukko 1 jatkuu

	Ammattilaistason integraatio *(professional integration)* Eri ammattiryhmien ja ammattilaisten välinen yhteistyö ja kumppanuus • jaettu osaaminen, roolit, vastuut kokonaisvaltaisen ja katkeamattoman hoidon toteuttamiseksi	
	Asiakastason integraatio *(clinical integration)* Koordinoiva yhteistyö asiakasprosessin tasolla • asiakaslähtöinen, asiakkaiden hoitoon ja palveluun liittyvä eri ammattilaisten välinen yhteistyö sekä asiakkaan ja ammattilaisen välinen yhteistyö	

(Nolte & McKee 2008; myös Leutz 1999; Delnoij, Klazinka & Glasgow 2002; Fulop, Mowlem & Edwards 2005; Axelsson & Bihari Axelsson 2006; Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels 2013, Valentijn 2015; van der Klauw, Molema, Grooten & Vrijhoef 2014; Sinkkonen ym. 2017)

Integraatiota voidaan toteuttaa eri tasoilla, kuten järjestelmien, organisaatioiden ja ihmisten toiminnan tasoilla. Näin ollen integraatiota on mahdollista jäsennellä makro-, meso- ja mikrotasoilla tapahtuviksi ilmiöiksi. Integraatiota voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, miten yhteneväisiä ovat toimintaa ohjaavat säännöt ja normit. Tällä normatiivisella integraatiolla tarkoitetaan myös muun muassa yhteisiin tai jaettuihin arvoihin, visioihin ja kulttuurisiin käytänteisiin liittyviä tekijöitä, joilla organisaatioiden, yksiköiden ja ammattilaisten toimintaa pyritään yhtenäistämään. Esimerkkejä normatiivisen integraation haasteista ovat organisaatiokulttuurien erot tai eri ammattikuntien erilaiset toimintalogiikat. Funktionaalinen integraatio puolestaan viittaa siihen, miten erilaisia toimintoja tai tehtäviä yhdenmukaistetaan, jotta ne mahdollistaisivat ja tukisivat eri organisaatioiden ja toimijoiden koordinoitua toimintaa ja päätöksentekoa (esim. Valentijn ym. 2013, 2015). Hyvänä esimerkkinä viimeksi mainitusta ovat esimerkiksi potilas- ja asiakastietojärjestelmät, joilla toimintaa pyritään integroimaan, mutta jotka tosin vielä

nykyisin ovat suurelta osin erilaisia eri toimijoilla (ks. Saranto, Kinnunen, Jylhä & Kivekäs 2020 tässä julkaisussa). Tietojärjestelmien erilaisuus ja pirstaloituminen voi näin ollen olla jopa eri toimijoiden yhteistyötä ja palvelujen toiminnallista integrointia vaikeuttava tekijä, mikä on todettu myös lukuisissa integrointitutkimuksissa (Ling, Brereton, Conklin, Newbould & Roland 2012; Auschra 2018; Sinervo & Keskimäki 2019). Kuitenkin sekä funktionaalisen että normatiivisen integraation pyrkimyksenä on mahdollistaa järjestelmä-, organisaatio-, ammattilais- ja asiakastason integrointi (ks. esim. Fulop ym. 2005; Valentijn 2015).

Koko yhteiskunnan tasolla (makrotaso) integraatio tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveysala yhdistettäisiin koko palvelujärjestelmän tasolla. Tällaista järjestelmätason integraatiota eli sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistämistä tavoiteltiin Juha Sipilän hallituksen laajassa sote-uudistuksessa (Sote- ja maakuntauudistus 2019).

Organisaatiotason (mesotason) integraatiosta on kyse, kun esimerkiksi kunnan aiemmin erillisinä toimineet sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään hallinnollisesti saman katon alle, jolloin ne muodostavat yhden kokonaisuuden. Mikrotason integrointi (tai koordinointi) puolestaan voi tarkoittaa sote-palvelujen yhteensovittamista joko työntekijän tai asiakkaan näkökulmasta. Ammattilaistason integraatiosta esimerkkeinä ovat muun muassa moniammatilliset tai monitoimijaiset tiimit ja erilaiset muut yhteistyön muodot. Asiakastason integraatiota on esimerkiksi se, että palveluohjaaja koordinoi tietyn asiakkaan eri palvelut mahdollisimman sujuvasti niin, että ne muodostavat asiakkaalle kokonaisuuden, sujuvan ja saumattoman palveluketjun. Asiakkaalle palvelut muodostaisivat tällöin yhden yhtenäisen ja jatkuvan kokonaisuuden.

Erityisesti kansallisessa sote-keskustelussa on viime vuosina käytetty käsitettä toiminnallinen integraatio, myös palveluintegraatioksi nimettynä (Halme & Tiirinki 2019; THL 2020). Toiminnallinen integraatio (*operational integration*) viittaa integraatioon käytännön toimintana. Käsite avautuu parhaiten vertaamalla sitä hallinnolliseen

(tai rakenteelliseen) integraatioon. Hallinnollisessa integraatiossa kaikki palvelut on koottu saman hallintorakenteen alle. Hallinnollinen integraatio ei kuitenkaan aina takaa sitä, että palvelut toteutuisivat käytännössä asiakaslähtöisesti. Toiminnallisessa integraatiossa lähtökohtana onkin se, miten yhtenäiseksi tai hajanaiseksi palvelut muodostuvat nimenomaan asiakkaan näkökulmasta. Oikea-aikaisuus, tarveperustaisuus, asiakaslähtöisyys ja saumattomuus ovat keskeisiä tekijöitä. (Halme & Tiirinki 2019). Toiminnallinen integraatio voi perustua hallinnollista ja rakenteellista integraatiota "väljempään" yhdistämiseen ja se voi tapahtua eri palveluntarjoajien vapaamuotoisemman yhteistyön kautta. Moniammatillisten, organisaatiorajat ylittävien tiimien toiminta, palveluohjaus, asiakassuunnitelma ja asiakaslähtöisten palvelupolkujen tai palvelukokonaisuuksien määrittäminen ovat tyypillisiä toiminnallisen integraation toteuttamistapoja. Henkilökohtainen budjetti voisi puolestaan toimia esimerkkinä asiakkaan itsensä toteuttamasta toiminnallisesta integraatiosta. Halmeen ja Tiiringin (2019) mukaan toiminnallinen integraatio jää usein rakenteiden kehittämisen varjoon.

Yksi keskeinen integraatio käsitteen jäsentelyn ulottuvuus on jako vertikaaliseen ja horisontaaliseen integraatioon (mm. Leichsenring 2004; Axelsson & Bihari Axelsson 2006). Vertikaalisella integraatiolla tarkoitetaan palvelujärjestelmän eri (hierarkian) tasoilla toimivien palvelujen integrointia, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integrointia. Horisontaalinen integraatio puolestaan viittaa saman tason palvelujen, kuten esimerkiksi kunnan sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon palvelujen yhtenäistämiseen (saumaton palvelukokonaisuus).

Integraatiota voidaan jaotella myös sen mukaan, kuinka tiivistä yhdentyminen on. Bengt Ahgren ja Runo Axelsson (2005) ovat jaotelleet integraation asteet jatkumona täydellisestä erillään olosta (*full segregation*) kytköksen tai sidosteisuuden (*linkage*) kautta verkostojen koordinointiin (*co-ordination in networks*) ja edelleen yhteistyöhön (*co-operation*) ja päätyen täydelliseen yhdentymiseen (*full*

integration). Myös Stephen Davidson (1976, 119–121) on analysoinut yhteistyökäsitteistöä hieman vastaavasti yhteistyön tiiviyden mukaisesti jaotellen. Tutkija kuvasi yhteistyökäsitteistöstä jatkumona alkaen vuorovaikutuksesta ja päättyen yhdentymiseen. Vuorovaikutus on hänen määrittelyssään lähinnä keskustelua ja ideoiden vaihtoa. Seuraava jatkumon vaihe on yhteistyö, jolla tutkija tarkoittaa organisaatioiden yhdessä työskentelyä. Yhteistyötä leimaa kuitenkin tässä vaiheessa epävirallisuus. Yhteistyön vaihetta seuraa yhteensovittaminen sisältäen muodolliset ja määritellyt tehtävät. Organisaatioiden suhde ei kuitenkaan ole vielä kiinteä. Tätä vaihetta seuraa liittoutuminen, johon liittyy tavoitteiden ja tehtävien määrittelyä sekä myös jo muodollinen rakenne. Viimeinen jatkumon vaiheista, yhdentyminen, tarkoittaa uutta, muodollista organisaatiota. (ks. myös Taskinen 1995.)

Rakenteiden ja toimintamallien uudistamisen lisäksi Suomen sote-integraatiokin liittyy siis hyvin monenlaisiin asioihin, kuten tietojärjestelmiin, organisaatiokulttuuriin, johtamiseen, palvelukonsepteihin, palveluajatteluun, talouteen, laatukulttuuriin, ammatillisiin koulutusjärjestelmiin ja asiakas/potilasymmärrykseen (Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017). Myös se, kuinka tiivis integraatio on kyseessä milläkin yhdentymisen osa-alueella, voi vaihdella.

Integrointi käytännössä – paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota eli palvelujen yhdistämistä tarvitsevat erityisesti sellaiset asiakkaat ja potilaat, joilla on monenlaisia terveydellisiä tai sosiaalisia (esim. toimeentuloon liittyviä) ongelmia (Goodwin 2015; Kuluski, Ho, Parminder & Nelson 2017; Rijken, Struckmann, van der Heide, Hujala, Barbabella, van Ginneken & Schellevis 2017; Hujala & Lammintakanen 2018; Ylitalo-Katajisto 2019; Kivelä 2020; Koivisto & Tiirinki 2020). Tällaiset

ihmiset tarvitsevat palveluja eri tahoilta: he joutuvat käymään terveyskeskuksessa, sairaalassa – usein myös sairaalan eri poliklinikoilla ja osastoilla. Lisäksi he voivat tarvita apua ja tukea myös sosiaalitoimesta, KELAsta tai työvoima- ja kuntoutuspalveluista. Tällaisten eri tahojen ”yhteisten” asiakkaiden kannalta nykyinen sote-järjestelmä ei ole toimiva. Kirsti Ylitalo-Katajiston (2019) tutkimuksessa korostui erityisesti tarve asiakkaiden yksilöityyn sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoamiseen, mikä edellyttää monialaista sote-tietoa ja tiedon liikkumista eri toimijoiden välillä.

Palvelujärjestelmän sisällä eri alojen erikoistuminen on johtanut liialliseen eriytymiseen. Jokainen taho vastaa vain tiettyyn tarpeeseen, eikä yhteisasiakkaan hoidon tai palvelun jatkuvuus paikasta toiseen siirryttäessä toteudu. Asiakasta niin sanotusti pallotellaan tai juoksutetaan ”luukulta toiselle”.

Paljon erilaisia palveluja tarvitsevalla yhteisasiakkaalla tarkoitetaan siis asiakasta tai potilasta, joka tarvitsee sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja monesta eri paikasta samaan aikaan. Sipilän hallituksen sote-uudistuksen lakivalmisteluissa (HE15/2017) suunniteltuja maakuntia velvoitettiin tunnistamaan paljon palveluja käyttävät asiakkaat ja suunnittelemaan palvelukokonaisuuksia heidän tarpeidensa mukaan. Kyseistä asiakasryhmää määriteltiin seuraavasti: *”Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat monesti sellaisia, jotka hyötyvät laaja-alaisesti yhteen sovitetuista palveluista ja erityisesti palveluista, joilla pystytään ennaltaehkäisemään tai koordinoimaan paremmin kustannuksiltaan raskaiden korjaavien palvelujen käyttöä.”* (HE16/2018)

Asiakkaan pitäisikin olla keskeinen lähtökohta, kun sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota suunnitellaan. Aiemmin mainitun laajan kansallisen sote-uudistuksen valmisteluissa palvelujen integraatioon sisällytettiin muun muassa seuraavia asioita (HE16/2018):

- asiakkaan saama palvelu on eheä, oikea-aikainen, jatkuva ja saumattomasti toteutettu kokonaisuus

- sujuvissa palvelukokonaisuuksissa erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon keinoja ja osaamisia yhdistetään joustavasti asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamiseksi
- turvataan palvelujen ja hoidon jatkuvuus
- tarpeisiin vastaaminen tapahtuu mahdollisimman kustannustehokkaalla, laadukkaalla ja vaikuttavalla tavalla
- ihminen pulmineen kohdataan yksilönä ja kokonaisuutena.

Näissä määrittelyissä asiakaslähtöisyyttä korostettiin, mutta tuotiin esiin myös kustannusten ja vaikuttavuuden näkökulmaa.

Mitä sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisessa integroidaan?

Integraatio ei ole Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa uusi asia, vaan sitä on tehty eri tavoin jo ainakin neljän viime vuosikymmenen aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista integrointia eli sosiaali- ja terveystoimien yhdistämistä, on toteutettu jo 1970-luvulta lähtien 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain mahdollistamana. Tämän lain ohjaamana perustettiin myös terveyskeskukset, jotka olivat 1970-luvun suomalainen innovaatio ja myös hyvä esimerkki ensimmäisistä askeleista kohti integraatiota (Taskinen 2005; Kokko 2009; myös Lehto 2012). Verrattuna moniin muihin eurooppalaisiin järjestelmiin täkäläiset terveyskeskukset (jotka nykyään ovat usein nimeltäänkin sosiaali- ja terveyskeskuksia tai hyvinvointikeskuksia) ovat moniammatillista yhteistyötä mahdollistavia keskittymiä ilmentäen ammattilaistason integraatiota: asiakas voi saada monen eri alan ammattilaisen apua yhdestä ja samasta paikasta (esimerkiksi moniammatilliset kuntoutustiimit). Omassa kodissaan asuvien vanhusten kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on toinen toimiva käytäntö (ks. esim. Tepponen 2009). Kun aiemmin ikääntyneen ihmisen kotona saattoi käydä peräkkäin kotipalvelun ja koti-

sairaanhoidon työntekijöitä, toinen auttamassa ruokailussa ja toinen annostelemassa lääkkeet, nyt molemmat hoituvat yhdellä käynnillä. Myös erilaiset kuntoutus- ja kotiutustiimit toimivat monissa paikoissa integraation periaatteilla yli erilaisten ammatti- ja organisaatiotasojen. Näistä edellä mainituista toimivista esimerkeistä huolimatta sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyö saattaa terveyskeskuksissa kuitenkin edelleen olla melko vähäistä tai käytännössä muuten haasteellista (ks. esim. Jolanki, Tynkkynen & Sinervo 2017; Sinervo & Keskimäki 2019).

Integraatiota on siis toteutettu Suomessa jo pitkään sekä paikallisesti että alueellisesti, mutta vastuu on ollut kullakin kunnalla ja/tai alueella. Ylin hallintohan on Suomessa jo ollutkin integroitu: meillä on yksi sosiaali- ja terveysministeriö. Monissa muissa maissa nämä hallinnonalat on jaettu eri ministeriöiden vastuulle. Tämä olikin maassamme hyvin varhainen valtion hallinnon eli makrotason integrointi, yhteinen valtakunnallinen ohjausyksikkö sosiaali- ja terveysministeriöhän perustettiin jo vuonna 1968.

Sipilän hallitus: Maakuntien leveät hartiat

Mitä uutta keväällä 2019 kaatuneen sote-uudistuksen piti tuoda tähän tilanteeseen? Suunniteltu sote-uudistus olisi tarkoittanut rakenteellisella tasolla myös mittavaa maantieteellistä muutosta. Nykyisten noin 300 kunnan sijaan 18 maakuntaa olisi ollut vastuussa sekä sosiaali- että terveyspalvelujen järjestämisestä. Joissakin maakunnissa kaikki kolme siiloa (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalitoimi) onkin jo laitettu saman katon alle julkisten palvelujen osalta. Esimerkiksi 1.1.2017 aloittaneessa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä, joka tällä hetkellä on kuntien omistama julkinen organisaatio, järjestetään keskitetysti sekä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut 7000 ammattilaisen voimin yli 200 000 asukkaalle.

Paikallisten rakenteiden osalta uudistus olisi tuonut nykyisten terveyskeskusten paikalle sosiaali- ja terveyskeskukset. Monissa kunnissa toimii tosin jo aiemmin yhdistetty sosiaali- ja terveyskeskus. Tällainen sosiaali- ja terveystoimen paikallinen hallinnollinen yhdistäminen on ollut mahdollista jo vuodesta 1972 (ks. esim. Taskinen 2005; Kokko 2009).

Erityistä valmisteilla olleessa integraatiossa oli se, että se olisi kohdistunut myös sosiaalihuoltoon. Kun muualla maailmalla puhutaan integraatiosta (integroidusta hoidosta, *integrated care*), kyse on usein vain terveydenhuollon sisäisistä muutoksista. Integraatiota toteutetaan saman tason palvelujen horisontaalisena yhdentymisenä esimerkiksi perusterveydenhuollon sisällä tai vertikaalisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Se, että myös sosiaalitoimi olisi koko yhteiskunnan tasolla uudistuksessa mukana, on harvinaisempaa. Poikkeuksena tässä suhteessa on esimerkiksi Skotlanti, tosin sikäläisenkin integraation onnistumista on kritisoitu (Kaehne, Birrell, Miller & Petch 2017, ks. myös van Duijin, Zonneveldt, Montero, Minkman & Nies 2018).

Sipilän hallituksen sote-uudistussuunnitelmiin sisältyi integraation lisäksi valinnanvapaus. Valinnanvapauden toteutuessa nämä uudenlaiset sote-keskukset olisivat voineet olla joko julkisia tai yksityisiä toimijoita. Näiden ’lähipalveluja’ tuottavien sote-keskuksien alkuperäinen idea oli, että sekä so- että te-palvelut olisivat asiakkaan saatavissa samassa pisteessä. Jo suunnitteluvaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnin näkökulmasta valinnanvapaus ja yksityisten tulo verorahoilla tuetuille markkinoille sekoitti suunnitelmat samasta pisteestä saatavista sote-palveluista. Koska lakeihin perustuvaa sosiaalitoimen päätösvaltaa ei voitu tai haluttu (ainakaan vielä) jakaa yksityisille toimijoille, sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi olisi tässä suhteessa jäänyt vaillinaiseksi. Suunnitelmissa sote-keskuksiin olikin jäämässä vain neuvonta ja ohjaus ja ’raskas’ sosiaalitoimi olisi siirtynyt kunnilta maakuntien vastuulle.

Suunnitellun sote-uudistuksen osalta avoimeksi jäikin, olisiko sote-keskusten eli lähipalvelujen tasolla integraatiota lopulta tapahtunut lainkaan vai olisivatko so- ja te-palvelut olleet vain terveyspalveluihin kohdistuneen valinnanvapauden myötä asiakkaan näkökulmasta entistäkin erillisempiä. Keskustelua herätti myös nykyisten terveyskeskusten toiminnan muuttuminen, jos lähipalvelut olisi rakennettu uudelleen uudenlaisten – julkisten tai yksityisten – sote-keskusten varaan. Olisiko esimerkiksi neuvoloiden ja muiden terveyskeskuksien yhteydessä jo olevien toimintojen yhteys sote-keskuksiin heikentynyt, jos ne olisi siirretty maakuntien vastuulle? Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (ns. hyte) ja sivistystoimi, eli koulut ja kouluterveydenhuollon palvelut, oli tarkoitus jättää kuntien vastuulle. Tämä olisi tarkoittanut sitä, että entisten so- ja te-siilojen paikalle olisi muodostunut uudenlaisia siiloja, joiden välille olisi taas tarvittu uudenlaisia siltoja. Uutena käsitteenä soten rinnalle muodostuikin käsite ’sisote’ viittaamaan sivistystoimen ja sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön tarpeisiin. Uusia rajapintoja olisi muodostanut myös se, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kaavailtiin jäävän edelleen kuntien vastuulle, siis erilleen ’sotesta’. Monissa hallituksen kärkihankkeissa (esim. LAPE) tosin tehtiinkin kehittämistyötä uusien siilorajojen muodostumisen ehkäisemiseksi.

Omat haasteensa eri tasojen integrointikysymysten rinnalle tuovat taulukossa 1 mainitut funktionaalinen ja normatiivinen integraatio. Erityisesti asiakas/potilastietojärjestelmien erillisyys on yksi keskeinen monissa tutkimuksissakin tunnistettu ongelma (mm. Ling ym. 2012; Auschra 2018; Sinervo & Keskimäki 2019). Aiemmassa sote-uudistuksessa oli tarkoitus ottaa käyttöön yhteiset asiakastietojärjestelmät maakuntien sisällä, alussa ainakin julkisten toimijoiden osalta. Useiden maakuntien alueella tehtiinkin tähän suuntaan tähtääviä tietohallinnon järjestelmien uudistuksia. Asiakkaan liikkuessa maakuntien rajojen yli asiakastieto ei vielä silti siirtyisi mutkattomasti. Rahoitusjärjestelmien osalta on jo pitkään puhuttu niin sanotuista maakuntien ”leveämmistä hartioista”, joilla on pyritty

takaamaan uudistuksen yksi keskeinen tavoite, yhdenvertainen ja tasapuolinen pääsy riittäviin palveluihin eri puolilla maata. Normatiivisen integraation haasteet, kuten erilaisten organisaatiokulttuurien yhdenmukaistuminen, tulevat olemaan ajankohtaisia siinä vaiheessa, kun sote-uudistuksen varsinainen toimeenpano kentällä joskus alkaa tapahtua.

Rinteen/Marinin hallitus: Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus

Kaiken kaikkiaan vuosien 2015–2019 hallituksen suunnittelema sote-integraatio näyttäytyi hyvin palvelujärjestelmä- ja organisaatiolähtöisenä ilmiönä. Lähtökohtana myös Antti Rinteen/Sanna Marinin hallituksen kauden (2019–) sote-uudistuksessa on koko maata koskeva järjestelmätason integraatio: sosiaali- ja terveydenhuollon erillisten siilojen yhdistäminen siten, että nämä kaksi toimisivat yhtenä kokonaisuutena. Rinteen/Marinin hallitus on kuitenkin lähtenyt liikkeelle hyvin erilaisesta näkökulmasta kuin edeltäjänsä. Hallitusohjelman ensimmäisessä sote-uudistusta koskevassa avauksessa uudistamisen keskiöön nostettiin nykyisten (julkisten) terveyskeskusten kehittäminen monipuolisiksi sosiaali- ja terveyskeskuksiksi. Tavoitteena on vahvistaa perustason palveluja ja siirtää toiminnan painopistettä ennaltaehkäisevään työhön. Tätä tavoitetta toteutetaan Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa, jossa on tarkoituksena perustaa Suomeen laaja-alaisia sosiaali- ja terveyskeskuksia, *”jotta ihmiset saavat tarvitsemansa avun yhdellä yhteydenotolla”* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019).

Ohjelman tarkoituksena *”on ottaa käyttöön uudenlainen, laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, joka rakentuu ihmisten tarpeiden mukaisesti”*. Tämä tarkoittaa rakenteellista ja hallinnollista integraatiota, ei kuitenkaan välttämättä yhteistä rakennusta, saman katon alla olemista. Ohjelma korostaa ”palvelujen sisäistä integraatiota” oleellisen tärkeänä tavoitteena. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation todetaan toteutuvan, kun sosiaalihuolto ja terveyden-

huolto ovat toistensa vahvat kumppanit. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022, 13.) Kumppanuus viittaa vahvaan ja sitoutuneeseen yhteistyöhön, jota luonnehtii luottamus. Ohjelmassa korostetaan myös laajemman ja monitoimijaisen/monialaisen yhteistyön ja integroinnin tarvetta, kuten erityistason sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä esimerkiksi KELA:n, sivistystoimen, pelastustoimen ja TE-hallinnon kanssa (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022, 14). Tässä ohjelmassa on tarkoitus edistää integraatiota muun muassa seuraavilla tavoilla:

- vahvistetaan alueellista monialaista ja monitoimijaista yhteistyötä mukaan lukien erityistason palveluiden tuominen perustasolle ja eri hallinnonalojen yhteistyötä
- kehitetään asiakas- ja palveluohjausta matalan kynnyksen integroituneena palveluna
- uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa, tehtävärakenteita ja toimintatapoja sekä vahvistetaan moniammatillista tiimityötä
- otetaan käyttöön maakunnan määrittelemiä palveluketjuja ja -kokonaisuuksia
- edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakas- ja palvelusuunnitelmien käyttöönottoa
- varmistetaan toimivat yhteistyömallit ja -käytännöt eri hallinnonalojen yhteisasiakkaille
- kehitetään yhteentoimivia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä.

Kuten edellisen hallituksenkin suunnitelmissa palvelujärjestelmä pohjaisi edelleen maakuntarakenteeseen: *”Palveluja kehitetään ohjelmassa niin, että ne voidaan ottaa käyttöön hallitusohjelman mukaisessa sote-rakenteessa eli tulevissa maakunnissa.”* Ohjelma tähtää myös *”sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistamiseen ja ihmislähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittämiseen”*. Ihmislähtöisyys ilmenee ohjelmassa muun muassa seuraavan lausuman muodossa: *”Sote-uudistuksessa kuunnellaan tarkasti ihmisten tarpeita, ja*

hoitotakuuta tiukennetaan, jatkossa ihminen pääsee viikossa tarvitsemaansa hoitoon.”

Nähtäväksi jää, miten uudella, vielä suunnitteluasteella olevalla Marinin hallituksen sote-uudistuksella pystytään toteuttamaan asiakkaiden tarpeisiin perustuvaa integraatiota (Sote-uudistus 2020). Esimerkiksi haasteet kunnille jäävän sivistystoimen ja maakuntien (hyvinvointialueiden) vastuulle siirrettävän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteyksistä (tai uusista rajoista) ovat vastaavanlaisia kuin edellisessäkin uudistuspyrkimyksessä.

Integraation ja valinnanvapauden yhdistäminen

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisessa on jo pitkään perimmäisenä tavoitteena ollut asiakkaan aseman, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. Näihin tavoitteisiin on pyritty parantamalla asiakaslähtöisyyttä kahdella keskeisellä tavalla: 1) palveluiden yhteensovittamisella eli integraatiolla ja 2) lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta palveluissa (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016a). Kansalaisten ja asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen on integraation ohella ollut siis toinen keskeinen sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiseen liittyvä tavoite. Integraatio on ollut sote-uudistuksen keskeinen tavoite jo pitkään, mutta valinnanvapaus on tullut mukaan vasta viime vuosina (ks. Lehto, Sinervo & Tynkkynen 2016). Valinnanvapautta ja sen suhdetta integraatioon voidaan tarkastella sekä myönteisestä että kriittisestä näkökulmasta.

Valinnanvapaus ja palveluiden integraatio voidaan Lehdon ja työryhmän (2016) mukaan nähdä toiminnan ohjaamisen keinoina, jotka molemmat tavoittelevat toiminnan laadun, tehokkuuden ja asiakaskeskeisyyden parantamista. Näiden kahden keskeisen tavoitteen yhdistämisessä kyseiset tutkijat näkevät myös haasteita: valinnanvapauden toimeenpanon valintojen ja integraation toimintamallien

sisäiset logiikat voivat tuottaa toisilleen täysin vastakkaisia tai osin samansuuntaisia lopputuloksia. (Lehto ym., 2016.) Tähän samaan viittaa myös Sinervo tutkijaryhmineen (2016a) pohtiessaan asiakkaan valinnanvapauden ja integraation taustalla olevia, osin erilaisia lähtökohtia. Asiakkaan valinnanvapaudessa korostuu eri tuottajien välinen kilpailu, joka perustuu markkinoilla tapahtuvaan palvelujärjestelmän ohjaukseen, sen sijaan palveluiden integraatiolla tavoitellaan hoidon jatkuvuutta ja ammattilaisten välistä lisääntyvää moniammatillista yhteistyötä (Sinervo ym. 2016a). Toisaalta Lehtonen, Hiilamo, Erhola, Arajärvi, Huttunen, Kananoja, Kekomäki, Pohjola, Tainio, Lillrank, Saxell, Silander ja Vartiainen (2018) näkevät, että valinnanvapaus voisi periaatteessa edistää integraatiota, mikäli markkinoille syntyy integroituja palvelukokonaisuuksia ja mikäli asiakkaat suosivat niitä valinnoissaan.

Valinnanvapaus on nähty yhtenä keinona lisätä kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin asioihin (Karsio & van Aerschot 2017). Sitran vuonna 2016 toteuttamassa tutkimuksessa, joka kohdistui valinnanvapauskokeilun alueella asuviin kansalaisiin, neljäsosa vastaajista piti valinnan mahdollisuutta tärkeänä, mutta terveyspalveluissa selkeästi tärkeimpinä tekijöinä korostuivat kuitenkin nopea hoitoon pääsy sekä tehokas ja kokonaisvaltainen palvelu. Myös palvelun läheistä sijaintia pidettiin valinnanvapautta tärkeämpänä. (Luotonen 2017.) Myös Sinervon ja työryhmän (2016b) tutkimuksessa tuli esille, että asiakkaat pitivät hoitopaikan valintaa ja varsinkin hoitavan ammattilaisen valintaa tärkeänä. Mutta kun asiakkaita pyydettiin nimeämään kolme tärkeintä tekijää terveydenhuollon kehittämiseksi, tärkeämpinä korostuivat kuitenkin palveluiden sujuvuus, peruspalveluiden vahvistaminen, yhdenvertainen saatavuus, yhtenäiset käytännöt ja kustannuskuri. (Sinervo ym. 2016b.)

Valinnanvapaudella voidaan kuitenkin tarkoittaa hyvin erilaisia asioita. Sipilän hallituksen tavoitteena olleeseen sote-uudistukseen liittyen sillä tarkoitettiin perusterveydenhuollon palvelujen (hoidon) tuottajan eli hoitopaikan valintaa julkisen, yksityisen ja kolmannen

sektorin (säätiöt, järjestöt) välillä. Jo nykyisin Suomessa on voimassa rajoitettua valinnanvapautta: esimerkiksi terveyskeskuksen voi valita oman kunnan tai kuntayhtymän sisällä jo nyt. Tämä oli mahdollista vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain perusteella. Valinnanvapaus laajeni edelleen vuoden 2014 alussa (Terveydenhuoltolain 48 §); tällöin kuntalaisten oli mahdollista valita julkisen perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon osalta hoitopaikkansa. Valinnanvapauden mahdollistajia ovat myös esimerkiksi henkilökohtainen budjetti sekä palvelusetelit, joilla asiakas voi ostaa tuetusti palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Erityisesti palveluseteli on ollut jo vuosia yksi väline lisätä asiakkaan valinnanvapautta. Palvelusetelilaki (L569/2009) lisäsi asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia ja paransi näin palvelujen saatavuutta. (Karsio & van Aerschot 2017.)

Jonsson, Parhiala, Sinervo, Aalto, Seppälä, Kärkkäinen ja Väyrynen (2017) ovat jäsentäneet keskeisiä valinnanvapauden edellytyksiä seuraavasti: 1) asiakkaat tuntevat oikeutensa valita eri palvelutuottajien ja -yksiköiden välillä sekä tietävät, kuinka valinta käytännössä tehdään, 2) asiakkailla on riittävästi valinnan vaihtoehtoja, jotta valintojen tekeminen olisi mielekästä, 3) asiakkailla on saatavilla ajantasaista, ymmärrettävää ja luotettavaa vertailutietoa valinnan vaihtoehdoista sekä 4) raha seuraa asiakasta oikeudenmukaisesti ja joustavasti valitulle tuottajalle. Pirhonen ja Pulkki (2016) korostavat edellä mainittujen tekijöiden lisäksi valinnanvapauden toteutumisen edellytyksenä myös 5) asiakkaan kykyä valita (ks. kuvio 1).

Valinnanvapauteen liittyvä tieto ja tietämys on olennainen lähtökohta yksilön valinnanvapauden toteutumisen kannalta. Junnila, Sinervo, Aalto, Jonsson, Hietapakka, Keskimäki, Pekurinen, Seppälä, Tynkkynen ja Whellams (2016) korostavat todellisen valinnanvapauden toteutumisessa olevan keskeistä, että kansalaisilla ja asiakkaalla on mahdollisuus punnita valinnan vaihtoehtoja eri lähteistä saatavan monipuolisen tiedon pohjalta (ks. myös Kuusinen-James 2016). Tiedon tulisi olla vertailukelpoista koskien palvelun sisältöä, laatua

ja saatavuutta. Myös tieto asiakastyytyväisyydestä ja hoitotuloksista on valintaan vaikuttavaa. (Junnila ym. 2016.) Sinervon ja työryhmän (2016b) tutkimuksessa todettiin, että vertailutietoa palveluiden laadusta tai saatavuudesta ei kuitenkaan ole riittävästi tarjolla. Luotosen (2017) mukaan vertailutieto saattaa myös olla niin hankalassa muodossa, ettei sitä käytetä. Vertailutiedon lähestyttävyyttä ja ymmärrettävyyttä parantamalla voitaisiin sen käyttöäkin lisätä (Luotonen 2017; ks. myös Jokinen, Rintamäki, Saloranta, Joensuu & Rannisto 2019).

Valinnanvapaus:

Perusta/lähtökohtana:
- korostettu tärkeänä arvona itsessään
- palvelun tuottajien välinen kilpailu
- => parempi palvelun laatu ja saatavuus

Tavoite
- asiakaslähtöisyyden parantaminen
- palvelun laadun parantaminen
- palvelun vaikuttavuuden parantaminen

Toimivuus edellyttää…
- on vaihtoehtoja, mistä valita
- tietoa vaihtoehdoista ja asiakkaan tietoon perustuvaa valintaa
- asiakkaalle on saatavilla palvelun laadun vertailutietoa
- asiakkaat pystyvät vertailemaan hoidon laatua ja saatavuutta
- kykyä tehdä valintoja

Valinnanvapauteen kohdistunut kritiikki
- ovatko asiakkaat kiinnostuneita valitsemaan
- huonokuntoiset tai monisairaat asiakkaat eivät kykene vertailemaan palvelun laatutietoja tai tekemään valintoja
- kilpailuttaminen siirretään asiakkaan vastuulle

(Lähteet: Sinervo ym. 2016a; Pirhonen & Pulkki 2016)

Kuvio 1. Valinnanvapaus tiivistettynä

Suomessa valinnanvapauteen liittyviä suunnitelmia ja tavoitteita on usein verrattu Ruotsin tilanteeseen. Ruotsissa valinnanvapauden soveltaminen on ollut voimassa noin kymmenen vuotta ja siitä saadut kokemukset ovat kahtalaisia (ks. taulukko 2). Valinnanvapausuudistuksen on esimerkiksi todettu parantaneen palvelujen maantieteellistä saavutettavuutta suurimmalla osalla väestöä (Tynkkynen, Saloranta & Keskimäki 2016).

Taulukko 2. Terveyspalveluihin liittyvä valinnanvapaus joissakin Pohjoismaissa sekä Alankomaissa ja Englannissa

Maa	**Valinnanvapauden ilmeneminen**
Ruotsi	• 2015 potilaslaki laajensi valinnanvapauden koskemaan koko maata niin perusterveydenhuollon kuin avosairaanhoidon lääkäripalveluiden osalta => kansalainen voi valita palvelutuottajan hyväksyttyjen tuottajien joukosta => järjestämisvastuussa olevalla kunnalla tai maakäräjillä on kokonaisvastuu toiminnasta ja siitä informoimisesta
Norja	• Kansalaisella oikeus valita, mille perusterveydenhuollon lääkärille listautuu => perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoitoon • Erikoissairaanhoidossa potilaalla oikeus valita hoitopaikka kaikista maan julkisista sairaaloista sekä niistä yksityisistä tuottajista, joiden kanssa palveluita järjestävät neljä aluetta ovat tehneet sopimuksen • Potilas- ja asiakaslaki takaa potilaalle oikeuden vapaaseen valintaan ja valintaa tukevaan informaatioon => Norjan kansallinen terveysviranomainen ylläpitää uudistettua verkkopalvelua *Helsenorge.no.* => tietoa vaihtoehtoisista hoitopaikoista, jonoista, odotusajoista ja hoidon laadusta
Tanska	• Perusterveydenhuollon valinnanvapaudella pitkät perinteet • Valinnanvapaus perustuu potilaan aktiiviseen listautumiseen haluamalleen lääkärille Kaksi tapaa: • Ryhmä 1: (yli 98 % asukkaista), potilaalla ei ole asiakasmaksuja => listautuvat perusterveydenhuollon lääkärille => toimii portinvartijana erikoissairaanhoitoon • Ryhmä 2: maksavat perusterveydenhuollossa asiakasmaksuja ja voivat hakeutua myös erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetekäytäntöä • Erikoissairaanhoidossa potilas voi valita hoitavan yksikön kaikista maan julkisista sairaaloista

Taulukko 2 jatkuu

Englanti	• Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä (*National Health Service, NHS*) kattaa koko väestön palvelut verorahoitteisesti, palvelut asiakkaille maksuttomia • Kansalainen voi valita lääkäriaseman ja siellä mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja hoitajan => erikoislääkärille pääsee vain yleislääkärin lähetteellä • Kansalaiset voivat valita palveluita eri julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta • Terveydenhuollossa valinnanvapauteen liittyvät käytännöt ovat yhtenäisiä ja kaikkia palveluntuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatukriteerit
Alankomaat	• Valinnanvapaus keskeinen terveyspalveluiden toteuttamisen päämäärä • Sairausvakuutuspohjainen järjestelmä, kahdentyyppisiä vakuutuksia => kansalainen voi valita vakuuttajansa ja vakuutuspakettinsa • 1) vakuutus, jossa voi käyttää vain vakuutuksenantajan listaamien palveluntuottajien palveluja ja jossa tästä aiheutuvat kulut korvataan täysimääräisesti • 2) käyttäjä voi valita palveluntuottajan vapaasti, mutta vakuutus korvaa hoidosta aiheutuvat kulut vain enimmäismäärään saakka potilaan vastatessa kuluista enimmäiskorvauksen yli meneviltä osin

(Sinervo ym. 2016a; Ahgren 2010; Chydenius, Saarinen & Tynkkynen 2016; Jonsson, Nykänen, Pohjola, Junnila, Hietapakka, Liukko, Parhiala, Nuorteva & Whellams 2016; Burström, Burström, Nilsson, Tomson, Whitehead & Winblad 2017; Luotonen 2017)

Valinnanvapauden rajoitteeksi voi muodostua se, että varsinkin eri tavoin heikommassa asemassa olevat asiakasryhmät eivät kykene hyödyntämään valinnanvapautta. Tällöin riskinä voi olla palvelujen muotoutuminen niiden käyttäjäryhmien mukaan, jotka sitä osaavat hyödyntää. Huolena on ollut myös se, että valinnanvapaus voisi lisätä eri alueiden välistä eriarvoisuutta. (ks. Junnila & Whellams 2016.) Erityisesti paljon eri palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden palvelujen integrointi ja valinnanvapaus saattavat aiheuttaa joitakin haasteita. Lehtonen kirjoittajaryhmineen (2018) tuo esille valinnanvapauteen liittyviä ongelmia. He näkevät vaarana, että sellaisten asiakkaiden ja potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty valinnanvapautta käyttämään, palvelutarpeet eivät tule yhdenvertaisesti tyydytetyksi verrattuna henkilöihin, jotka pystyvät valinnanvapautta hyödyntämään. Paljon palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden näkökulmasta integraation toteutumisen uhkana on myös nähty tilanne, jossa valinnanvapauden seurauksena luodaankin palvelumarkkinat,

joilla ei myydä integroituja palvelukokonaisuuksia vaan asiakas joutuisi valitsemaan itselleen palveluntarjoajan jokaiseen tarvitsemaansa hoitotapahtumaansa erikseen (Lehto ym. 2016). Asiakkaat ovat kritisoineet myös valinnan perustaksi tarvittavan tarpeellisen ja relevantin tiedon saatavuutta (esim. Aalto, Elovainio, Tynkkynen, Reissell, Vehko, Chydenius & Sinervo 2018). Ruotsissa valinnanvapausmallien tutkimuksissa kritiikki on kohdistunut siihen, että valinnanvapaus voi muuttaa terveydenhuoltojärjestelmää aiempaa hajanaisemmaksi, mikä saattaa vaikeuttaa myös eri palvelujen tuottajien välistä hoidon integraatiota (Ahgren 2010; ks. Chydenius, Saarinen & Tynkkynen 2016; Burström ym. 2017; Luotonen 2017).

Valinnanvapaus on joka tapauksessa sote-integraatioon läheisesti liittyvä asia. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdentyminen pelkästään julkisella sektorilla ei vielä varmista asiakkaiden palvelujen yhteensovittamista, koska yksityinen sektori on asiakkaalle tietyin ehdoin valittavissa oleva vaihtoehto tälläkin hetkellä, etenkin terveyspalveluissa. Integraatiota tarvitaan joka tapauksessa jollakin tavalla paitsi julkisten palvelujen sisällä, myös julkisten ja yksityisten palvelujen välillä. Integraation tiiviyden aste ja toteuttamistapa voivat vaihdella, mutta esimerkiksi tiedon kulku (tietojärjestelmien yhteensopivuus) ja lähetteiden joustava kulku palveluntarjoajalta toiselle on varmistettava myös julkisen ja yksityisen sote-sektorin välillä.

Pohdinta: Kohti ihmislähtöistä integraatiota

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet integraation teoreettisia periaatteita suhteessa suomalaisen sosiaali- ja terveysalan uudistamiseen. Integraatio on sekä teoreettisesti että käytännössä hyvin monimuotoinen ilmiö. Integraatiota tarvitaan ja toteutetaan monilla eri tasoilla lähtien makrotason järjestelmämuutoksista aina yksittäisen asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisen hoidon tai palvelun sujuvaan toteuttamiseen. Sote-integraation perimmäinen tavoite on asiakkaan palvelujen yhteensovittaminen, ja erityisesti eri tahoilta paljon erilai-

sia palveluja tarvitsevat ihmiset ovatkin integraation keskeinen kohderyhmä. Integroitua ja ihmislähtöistä orientaatiota pidetään kansainvälisesti sosiaali- ja terveysjärjestelmien kestävän kehittämisen avaintekijänä (WHO 2016).

Ihmislähtöisyys, suomalaisittain tutummin asiakaslähtöisyys (Laitila 2010; Järnström 2012; ks. myös Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020 ja Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020 tässä julkaisussa), näyttäytyy eri tavoin integraation suunnittelussa ja toteutuksessa. Sen pitäisi kuitenkin olla punainen lanka, joka ohjaa toimijoita integraatiopyrkimysten kaikilla tasoilla ja kaikissa vaiheissa. Kansainvälinen sote-integraatiota edistävä toimija *International Foundation for Integrated Care* (IFIC) visiona on, että korkealaatuinen, ihmislähtöinen ja integroitu hoiva olisi kaikkien ihmisten saatavilla; tavoitteena mahdollistaa ihmisten terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisyyden maksimointi (IFIC 2019). Integraatioon liittyville erilaisille toimijoille, kuten poliitikoille, palvelujen järjestäjille, johtajille, sote-ammattilaisille ja tavallisille kansalaisille, integraation arvot ja tavoitteet saattavat kuitenkin merkitä hyvin erilaisia asioita.

Käytännön sote-integraatiokeskustelua seuratessa tuntuu joskus siltä, että asiakaslähtöisyys integraation ydinajatuksena on vaarassa jäädä muiden, kilpailevien arvojen ja tavoitteiden varjoon. Toisaalta integraatiota ja sen vaikuttavuutta ei kannata myöskään pitää itsestäänselvyytenä (Nolte & Pitchforth 2014; Raleigh, Bradsley, Wistow, Wittenberg, Erens & Mays 2014). Ihmislähtöisen sote-integraation suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaankin jatkossa yhä enemmän keskustelua integraatiota ohjaavista arvoista (ks. esim. Zonneveld, Driessen, Stüssgen & Minkman 2018) sekä ymmärrystä moniulotteisesta, eri toimijoiden näkökulmat huomioivasta vaikuttavuuden arvioinnista.

Lähteet

Aalto Anna-Mari, Elovainio Marko, Tynkkynen Liina-Kaisa, Reissell Eeva, Vehko Tuulikki, Chydenius Miisa & Sinervo Timo 2018. What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 46, 463–470.

Ahgren Bengt 2010. Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy* 96, 91–97.

Ahgren Bengt & Axelsson Runo 2005. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care* 5(31), e01.

Armitage Gail D., Suter Esther, Oelke Nelly D. & Adair Carol E. 2009. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* 9(17), 1–11.

Auschra Carolin 2018. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated care* 18(1), 1–14.

Axelsson Runo & Bihari Axelsson Susanna 2006. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 21, 75–88.

Burström Bo, Burström Kristina, Nilsson Gunnar, Tomson Göran, Whitehead Margaret & Winblad Ulrika 2017. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health* 16(29), 2–10.

Chydenius Miisa, Saarinen Arttu & Tynkkynen Liina-Kaisa 2016. Terveydenhuollon valinnanvapaus eduskuntapuolueiden ohjelmissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53, 242–257.

Davidson Stephen M. 1976. Planning and coordination of social services in multiorganizational contexts. *Social Service Review* 50(1), 117–137.

Delnoij Diana, Klazinka Nieg & Glasgow Kulu I. 2002. Integrated care in an international perspective. *International Journal of Integrated Care* 2(1), 1–4.

van Duijin Sarah, Zonneveldt Nick, Montero Alfonso Lara, Minkman Mirella & Nies Henk 2018. Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International Journal of Integrated Care* 18(6), 1–13.

Fayol Henry 1916. *Industrial and general administration*. Pitman, London.

Fisher Michael P & Elnitsky Christine 2012. Health and social services integration: A review of concepts and models. *Social Work in Public Health*, 27(5), 441–468.

Fulop Naomi, Mowlem Alice & Edwards Nigel 2005. *Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere*. London, The NHS Confederation. https://pdfs.semanticscholar.

org/0802/a075618541d1293351d56b0d8bc2d7032862.pdf?_ga=2.100776065.1295626436.1571211859-239167454.1571211859

Goodwin Nick 2015. How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. *International Journal of Integrated Care* 15(29).

Gulick Luther & Urwick Lyndall F. (toim.) 1937. *Papers on the scientific administration*. Columbia University Press, New York.

Halme Saija & Tiirinki Hanna 2019. *Hajaannuksesta kohti yhteensovitettuja palveluita. Dokumenttianalyysi toiminnallisesta integraatiosta sairaanhoitopiirien alueilla*. Työpaperi 27/2019, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-398-4

HE15/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2017/20170015

HE16/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180016#idp446595344

Hujala Anneli & Lammintakanen Johanna 2018. *Paljon palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön*. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen raportti. KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö, Julkaisu 12/2018. https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon/

Jokinen Esa, Rintamäki Timo, Saloranta Anna, Joensuu Johanna & Rannisto Pasi-Heikki 2019. *Asiakkaan valinnanvapaus ja asiakasarvon toteutuminen sote-palveluissa palvelusetelilainsäädännön kautta* (VArvo). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:53, Valtioneuvoston kanslia, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-780-2

Jolanki Outi, Tynkkynen Liina-Kaisa & Sinervo Timo 2017. Professionals' views on integrated care. *Journal of Integrated Care* 25 (4), 7–255.

Jonsson Pia Maria, Nykänen Eeva, Pohjola Pasi, Junnila Maijaliisa, Hietapakka Laura, Liukko Eeva, Parhiala Kimmo, Nuorteva Leena & Whellams Anne 2016. *Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kuvauksia eräistä Euroopan maista*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 6/2016, Helsinki. Verkkojulkaisu. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-630-8

Jonsson Pia Maria, Parhiala Kimmo, Sinervo Timo, Aalto Anna-Mari, Seppälä Timo T., Kärkkäinen Jukka & Väyrynen Riikka 2017. *Palvelusetelikokeilun arviointikehikko*. Valtioneuvoston selvitys-

ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 46/2017. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-413-9

Junnila Maijaliisa & Whellams Anne 2016. Valinnanvapauteen liittyvät uskomukset. Teoksessa Junnila Maijaliisa, Hietapakka Laura & Whellams Anne (toim.) *Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 11/2016, Helsinki, 26–36. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-681-0

Junnila Maijaliisa, Sinervo Timo, Aalto Anna-Mari, Jonsson Pia Maria, Hietapakka Laura, Keskimäki Ilmo, Pekurinen Markku, Seppälä Timo T., Tynkkynen Liina-Kaisa & Whellams Anne 2016. *Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset askeleet toteuttamisessa.* Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Päätösten tueksi 2/2016. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-637-7

Järnström Sanna 2012. *"En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni" Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa.* Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1635, Tampereen yliopisto, Tampere.

Kaehne Axel, Birrell Derek, Miller Robim & Petch Alison 2017. Bringing integration home policy on health and social care integration in the four nations of the UK. *Journal of Integrated Care* 25(2), 84–98.

Karsio Olli & van Aerschot Lina 2017. Vanhuspalvelut ja valinnanvapaus – johtavien viranomaisten näkemyksiä palvelusetelistä. *Gerontologia* 31(3), 163–178.

Kivelä Kirsi 2020. *Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa.* Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1549, Oulun yliopisto, Oulu.

Kivinen Tuula, Vanjusov Heidi & Vornanen Riitta 2020. Asiakkaan ääni: osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala.* Tampere University Press, Tampere, 267–293.

van der Klauw Denise, Molema Hanneke, Grooten Liset & Vrijhoef Hubertus 2014. Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International Journal of Integrated Care* 14(21), e024.

Kodner Dennis L. 2009. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 13 Special Issue, 6–15.

Kodner Dennis L. & Spreeuwenberg Cor 2002. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2(14), e12.

Koivisto Juha & Tiirinki Hanna (toim.) 2020. Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut –

väliraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 4/2020, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-459-2

Kokko Simo 2009. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *International Journal of Integrated Care* 9(25).

Kuluski Kerry, Ho Julia W., Parminder Kaur Hans & Nelson Michelle 2017. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care* 17(4), 1–11.

Kuusinen-James Kirsi 2016. *Setelipeliä: Tutkimus palveluseteliä säännöllisessä kotihoidossa käyttävien iäkkäiden henkilöiden valinnanvapaudesta.* Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2016:32, Helsinki.

L569/2009. *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569

L1326/2010. *Terveydenhuoltolaki.* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

Laitila Minna 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Fenomenografinen lähestymistapa.* Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences 31, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Lawrence Paul R. & Lorsch Jay W. 1967. *Organizations and environments. Managing differentiation & integration.* Harvard University, Boston.

Lehto Juhani 2012. Mitä perusterveydenhuolto potee? Teoksessa Anttonen Anneli, Haveri Arto, Lehto Juhani & Palukka Hannele (toim.) *Yksityisen ja julkisen rajalla. Julkisen palvelun muutos.* Tampere University Press, Tampere, 370–391.

Lehto Juhani, Sinervo Timo & Tynkkynen Liina-Kaisa 2016. Valinnanvapaus ja integraatio – Terveydenhuollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 1, 53–69.

Lehtonen Lasse, Hiilamo Heikki, Erhola Marina, Arajärvi Pentti, Huttunen Jussi, Kananoja Aulikki, Kekomäki Martti, Pohjola Anneli, Tainio Hanna, Lillrank Paul, Saxell Tanja, Silander Katariina & Vartiainen Pirkko 2018. Valinnanvapaus SOTE-uudistuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 55, 78–87.

Leichsenring Kai 2004. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4(3).

Leutz Walter N. 1999. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 77(1), 77–110.

Ling Tom, Brereton Laura, Conklin Annalinj, Newbould Jennifer & Roland Martin 2012. Barriers and facilitators to integrating care: Experiences from the English integrated care. *International Journal of Integrated Care* 12(24).

Luotonen Niilo 2017. V*alinnanvapaus asukkaan ehdoilla – Suomen edellytykset Ruotsin kokemusten ja kansainvälisen tutkimustiedon valossa*. HANKEN CENTRE FOR CORPORATE GOVERNANCE -tutkimusraportti, Sitra. https://www.sitra.fi/julkaisut/valinnanvapaus-asukkaan-ehdoilla/

Nolte Ellen & McKee Martin 2008. Integration and chronic care: a review. In Nolte Ellen and McKee Martin (eds.) *Caring for people with chronic conditions A health system perspective*. The European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, England.

Nolte Ella & Pitchforth Emma 2014. *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* Technical Report. World Health Organization, Copenhagen, Denmark. http://researchonline.lshtm.ac.uk/2530944/

Pirhonen Jari & Pulkki Jutta 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusarvojen jäljillä – avuntarpeen ja riippuvuuden tunnustaminen vanhuspalveluissa. *Janus* 24(3), 251–264.

Raleigh Veena, Bardsley Martin, Smith Paul, Wistow Gerald, Wittenberg Raphael, Erens Bob & Mays Nicholas 2014. I*ntegrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care*. Final report, PIRU (Policy Innovation Research Unit) Publication 2014-8. http://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/IC_and_support_Pioneers-Indicators.pdf

Rijken Mieke, Struckmann Verena, van der Heide Iris, Hujala Anneli, Barbabella Francesco, van Ginneken Ewout & Schellevis François. On behalf of the ICARE4EU consortium. 2017. *How to improve care for people with multimorbidity in Europe?* Policy Brief 23, Health systems and policy analysis. European Observatory on Health systems and Policies, Brussels. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/337585/PB_23.pdf?ua=1

Ristolainen Hanna, Roivas Päivi, Mustonen Erja & Hujala Anneli 2020. Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 241–266.

Saranto Kaija, Kinnunen Ulla-Mari, Jylhä Virpi & Kivekäs Eija 2020. Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 179–212.

Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki 2016a. Johdanto. Teoksessa Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016, Helsinki, 13–27. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9

Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki 2016b. Johtopäätökset. Teoksessa Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä.* Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016, Helsinki, 115–124. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9

Sinervo Timo & Keskimäki Ilmo 2019. Palveluintegraatiota käytännössä, Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka* 84(4), 425–433.

Sinkkonen Sirkka, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2017. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.) *Sosiaali- ja terveysjohtaminen,* 3. uudistettu painos. Sanoma pro, 105–128.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, verkkosivut. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/stm-tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma-kayntiin-nyt-panostetaan-peruspalveluihin- (Luettu 29.10. 2019)

Sote-uudistus 2020. https://soteuudistus.fi/etusivu

Taskinen Helena 1995. *Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö koulutuksen ja työelämän haasteena.* Lisensiaatin tutkimus, Kuopio yliopisto, Kuopio.

Taskinen Helena 2005. *Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä.* Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Tepponen Merja 2009. *Kotihoidon integrointi ja laatu.* Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto, Kuopio.

THL 2020. *Sote-palvelujen integraatio.* https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio (Luettu 8.9.20 20)

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6

Tynkkynen Liina-Kaisa, Saloranta Anna & Keskimäki Ilmo 2016. Valinta ja integraatio Pohjoismaissa. Teoksessa Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa & Vehko Tuulikki (toim.) *Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2016, Helsinki, 33–44. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9

Valentijn Pim P., Schepman Sanneke M., Opheij Wilfrid & Bruijnzeels Marc A. 2013. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 13(22), 1–12.

Valentijn Pim P. 2015. *Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care*. Dissertation Tilburg University, The Netherlands. https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/9272073/Valentijn_Rainbow_16_12_2015.pdf

Virtanen Petri, Smedberg Jari, Nykänen Pirkko & Stenvall Jari 2017. *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa.* Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. https://vnk.fi/fi/julkaisu?pubid=16201

WHO World Health Organization 2016. Framework on Integrated, People-Centered Health Services. Report by the Secretariat. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

Ylitalo-Katajisto Kirsti 2019. *Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1540, Oulun yliopisto, Oulu.

Zonneveld Nick, Driessen Naomi, Stüssgen René A.J., & Minkman Mirella M.N. 2018. Values of integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen

Janissa Miettinen, Kirsikka Selander & Ismo Linnosmaa

Johdanto

Terveydenhuollossa palvelujen ja menetelmien vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arvioinnilla on pitkät perinteet, kun taas sosiaalipalvelujen vaikuttavuuden arviointiin liittyvä keskustelu on selvästi uudempi ilmiö (Rajavaara 2007; Kivipelto, Blomgren, Karjalainen & Saikkonen 2013). Vaatimukset esimerkiksi sosiaalityön vaikuttavuuden mittaamiseksi ovat lisääntyneet (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä 2012). Tämä johtuu muun muassa siitä, että vaikuttavuuden arvioinnista syntyvää tietoa pidetään edellytyksenä palvelujärjestelmän kehittämiselle. Taustalla vaikuttaa myös lainsää-

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 77–128.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

däntö sekä siinä tapahtuneet muutokset. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja näyttöön perustuvaa (L1326/2010, 8 §). Vastaavasti Sosiaalihuoltolain (L1301/2014, 15 §) mukaan sosiaalityön vaikuttavuutta tulee seurata.

Sosiaalialalla näyttöön perustuva työskentelyote jakaa kuitenkin vielä mielipiteitä. Lisäksi sosiaalihuollon toimintaympäristö on usein terveydenhuollon toimintaympäristöä monimutkaisempi, mikä heijastuu palvelujen laadun ja vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin (ks. Ikonen & asiantuntijaryhmä 2019, 11). Vaikuttavuustiedon soveltamisen vakiinnuttaminen eli näyttöön perustuvan ajattelun ja toiminnan edistäminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän integroituessa edellyttää sosiaali- ja terveysalan johtajilta ammattirajat ylittävää keskusteluyhteyttä ja monialaista käytäntöjen kehittämisjohtamista (Lammintakanen, Rissanen, Peronmaa-Hanska, Joensuu & Ruottu 2016, 5, 33). Lisäksi tarvitaan menetelmällistä perusymmärrystä sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimuksen periaatteista ja erityyppisen vaikuttavuustiedon sovellettavuudesta käytännössä.

Laatu- ja vaikuttavuustiedon merkitys tiedolla johtamisen välineinä kasvaa (Ikonen & asiantuntijaryhmä 2019, 10). Palvelujen vaikuttavuuden arviointia ja vaikuttavuustiedon hyödyntämistä voidaan perustella sosiaali- ja terveydenhuollon käytännöistä kumpuavilla syillä. Terveydenhuollon tavoitteina on muun muassa edistää ja ylläpitää väestön ja yksilöiden terveyttä, työ- ja toimintakykyä, sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveyseroja (Terveydenhuoltolaki L1326/2010). Vastaavasti sosiaalihuollon tavoitteina on edistää ja ylläpitää hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja osallisuutta sekä vähentää eriarvoisuutta (Sosiaalihuoltolaki L1301/2014). Luotettava tieto toiminnan vaikuttavuudesta auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtajia ja henkilöstöä toteuttamaan näitä organisaatioiden toiminnalle asetettuja perustavoitteita. Tieto laadukkaista ja vaikuttavista palveluista on tärkeää myös siksi, että se auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöitä kohdentamaan rajal-

liset resurssit mahdollisimman tehokkaasti niihin palveluihin ja toimenpiteisiin, joista on saatavilla mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia. Tämän edistämiseksi viime vuosina onkin keskusteltu kansallisen laaturekisterin perustamisesta. Sen avulla sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua voitaisiin seurata järjestelmällisesti ja luotettavasti, sekä vertailla laatua eri järjestäjien välillä (Jonsson, Pikkujämsä & Heliö 2019). Näin sosiaali- ja terveysalan toimijat voisivat päästä myös palvelujen vaikuttavuuden jäljille, vaikkei laatu itsessään olekaan tae palvelun vaikuttavuudesta.

Tässä luvussa keskitymme tarkastelemaan asioita, joita on huomioitava tutkittaessa sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuutta ja joista vaikuttavuustiedon soveltajien on hyvä olla tietoisia. **Palveluilla** tarkoitamme eriasteista puuttumista (interventio) potilaiden tai asiakkaiden elämäntilanteisiin. Palvelut voivat olla tarkkaan määriteltävissä olevia toimenpiteitä ja/tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen harkintaan, taitoihin ja tietoperustaan perustuvia joustavasti palveluprosessin aikana määriteltäviä ja yhdessä potilaan tai asiakkaan kanssa toteutettavia muutosstrategioita. (Fraser 2009, 5, 18.)

Määrittelemme aluksi vaikuttavuuden käsitteen. Sen jälkeen tarkastelemme erilaisia mittareita, joita on mahdollista soveltaa vaikuttavuuden tutkimiseen. Kun vaikuttavuuden mittaamisen kysymykset on ratkaistu, on valittava tutkimuskysymykseen soveltuva **tutkimusasetelma** eli määriteltävä tutkimusaineisto, sen keruu ja tutkimuksessa käytettävät tutkimus- ja analyysimenetelmät. Palvelujen vaikuttavuuden todentamiseen on käytössä sekä kokeellisen että havainnoivan aineiston keruuseen perustuvia tutkimusasetelmia. Esittelemme nämä tutkimusasetelmat ja arvioimme niiden vahvuuksia ja heikkouksia luotettavan vaikuttavuustiedon tuottamisessa. Lopuksi kerromme, kuinka palvelujen kustannusvaikuttavuutta voidaan arvioida ja pohdimme vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon käyttöä uudistuvan sosiaali- ja terveysalan kehittämisessä.

Vaikuttavuustiedon tuottamista ja hyödyntämistä ovat vähentäneet useat seikat. Ensinnäkin luotettavan tutkimustiedon tuottaminen palvelujen ja toimenpiteiden vaikuttavuudesta on hidasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien ja päätöksentekijöiden näkökulmasta tutkimustulokset valmistuvat siten yleensä liian myöhään, ajatellen esimerkiksi tiettyjen asiakas- tai potilasryhmien palvelujen laatu- ja vaikuttavuustiedon vertailua käytännön päätöksentekotilanteissa. Vaikuttavuustiedon käyttöä on vähentänyt myös se, että tieto palvelujen vaikuttavuudesta ei ole kootusti ja nopeasti saatavilla. Lisäksi vaikuttavuustiedon tuottamiseen, analysointiin ja tulkintaan ei ole ollut saatavilla suomenkielisiä lähteitä. Tämän artikkelin avulla pyrimme vastaamaan erityisesti tähän viimeiseen tarpeeseen.

Tämän artikkelin tavoitteena on antaa kokonaiskuva sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden tutkimisen perustiedosta ja tutkimuksen erilaisista vaihtoehdoista. Artikkelin painopiste on menetelmällinen, sillä tarkoitus on auttaa vaikuttavuustutkimusta suunnittelevia tutkijoita ja opiskelijoita vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimukseen kohdistuvien ratkaisujen tekemisessä. Samalla artikkeli tarjoaa sosiaali- ja terveysalan johtajille ja päätöksentekijöille tietopaketin vaikuttavuustiedon muodostumisesta, minkä tarkoituksena on auttaa heitä hoito- ja palveluvaihtoehtoja koskevan tutkimusnäytön arvioinnissa ja vertailussa.

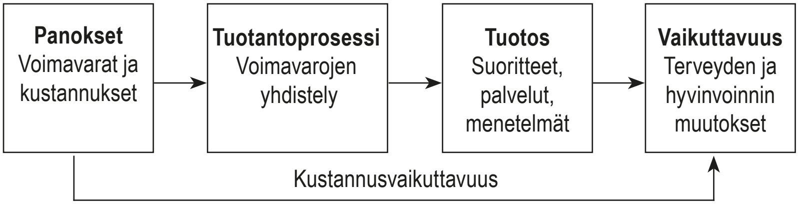
Vaikuttavuuden käsite ja lähestymistapa vaikuttavuuden arviointiin

Vaikuttavuudella tarkoitamme Sintosen ja Pekurisen (2006, 53) määritelmän mukaan toiminnan vaikutuksesta tapahtuvaa muutosta toiminnan perimmäisessä tavoitteessa. Vaikuttavuuden käsite määritellään siis suhteessa toiminnalle määriteltyihin tavoitteisiin, jotka voidaan edelleen liittää sosiaali- ja terveyspalvelujen perimmäisiin tavoitteisiin. Esimerkiksi Paasio (2006, 99) arvottaa julkisen sektorin

tärkeimmäksi tehtäväksi ihmisten hyvinvoinnin edistämisen. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiayhteydessä toiminnan vaikuttavuudella tarkoitetaan siis palvelun tai muun toimenpiteen aiheuttamaa muutosta asiakkaan hyvinvoinnissa tai potilaan terveydentilassa.

Vaikuttavuudella on monia lähikäsitteitä, kuten tuloksellisuus, laatu ja tehokkuus, mutta vaikuttavuuden käsitteen ymmärtämiseksi on erityisen tärkeää ymmärtää, kuinka se eroaa vaikutuksen käsitteestä. Esimerkiksi Vedung (1997) on jäsentänyt vaikutuksia hyvin erilaisiin mahdollisiin tapauksiin: palvelun vaikutukset voivat olla esimerkiksi tavoiteltuja, toivottuja ja odotettuja tai tavoittelemattomia ja ei-toivottuja tai odottamattomia palvelun käytöstä syntyviä seurauksia. Kaksi asiaa voi siis olla kausaalisessa suhteessa keskenään, vaikka kyse ei olekaan vaikuttavuudesta; tällöin on kyse yleisemmin asioiden välisistä syy-seuraussuhteista (Paasio 2006, 102). Sosiaali- ja terveyspalveluilla voi olla erilaisia toiminnasta johtuvia vaikutuksia, jotka eivät välttämättä kuitenkaan liity toiminnalle määriteltyihin tavoitteisiin tai palvelujen perimmäiseen tarkoitukseen. Vaikuttavuuden käsite eroaa vaikutuksista siten, että vaikuttavuus määritellään suhteessa tarkasteltavan toiminnan tavoitteista johdettuihin vaikuttavuuskriteereihin.

Vaikuttavuuden käsitettä voidaan edelleen syventää panos-tuotos-lopputulos-mallin kautta (kuvio 1). Tämä terveystaloustieteellisistä lähtökohdista muotoiltu mallinnus lähtee liikkeelle panoksista, joilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen tarvittavia voimavaroja, ja jatkuu tuotantoprosessiin, jossa panoksia yhdistellään tuotosten eli palvelujen, suoritteiden ja menetelmien aikaansaamiseksi. Sosiaali- ja terveyspalvelujen voidaan sanoa olevan vaikuttavia, kun palvelut edistävät asiakkaiden terveyttä ja/tai hyvinvointia eli tuottavat palveluille asetettujen tavoitteiden mukaisia vaikutuksia. Kun tunnetaan palvelujen kustannukset ja vaikuttavuus, voidaan sopivalla tutkimusasetelmalla tutkia myös palvelujen **kustannusvaikuttavuutta**.



Kuvio 1. Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden käsite (mukaillen Sintonen & Pekurinen 2006, 52)

Kuvio 1 kuvaa prosessin, jonka kautta tuotettujen palvelujen vaikuttavuus muodostuu. Tätä prosessia ja erityisesti palvelun vaikuttavuuden syntymekanismeja tutkitaan niin sanotussa teoriaperustaisessa (*theory-based*) vaikuttavuuden arvioinnin lähestymistavassa (esim. Dahler-Larsen 2005) ja sen alasuuntauksissa, kuten realistisen arvioinnin piirissä (esim. Pawson & Tilley 1997)[1]. Tässä artikkelissa vaikuttavuuden arviointia lähestytään kuitenkin soveltaen tavoite- ja tarveperusteisen arvioinnin näkökulmia (ks. Rossi, Freeman & Lipsey 2004, luvut 7–9: *impact assessment* -lähestymistapa). Toisin sanoen tarkastelemalla, täyttyivätkö määritellyt palvelutarpeet tai tapahtuivatko odotetut terveyden ja hyvinvoinnin muutokset.

Vaikuttavuuskäsitteen määritelmään liittyy myös tutkimusasetelma, josta käsin palvelujen vaikuttavuutta tutkitaan. Vaikuttavuudesta (*effectiveness*) puhutaan yleensä silloin, kun tutkitaan sosiaali- ja terveydenhuollon tavanomaisen toiminnan terveys- ja hyvinvointivaikutuksia. Vuorela, Malmivaara, Komulainen ja Jousilahti (2014) käyttävät tässä yhteydessä myös ”arkivaikuttavuuden” käsitettä. **Tehon** käsitettä (*efficacy*) taas käytetään viitattaessa ihanteellisissa olosuhteissa, kuten laboratoriossa, suoritettujen, tarkkaan valvottujen kliinisten kokeiden (satunnaistetut ja kontrolloidut tutkimusasetel-

---

[1] Palvelujen vaikuttavuuden tutkimisen ohella niin sanotun ohjelmateorian kehittäminen ja arvioiminen on myös tärkeää sen tutkimiseksi, miten ja millä edellytyksillä palvelulla voidaan saavuttaa tavoitteiden mukaisia vaikutuksia (ks. lisätietoja esim. Rossi ym. 2004; Chen 2005; Dalher-Larsen 2005).

mat) tutkimustuloksiin.[2] Tässä artikkelissa emme erottele vaikuttavuuden ja tehon käsitteitä vaan puhumme yleisesti vaikuttavuudesta, joka on vaikuttavuustutkimukseen vakiintunut suomenkielinen peruskäsite.

Vaikuttavuuden mittaaminen

Vaikuttavuustutkimuksen suunnittelu alkaa tutkimuskohteen määrittelystä sekä tutkimuskysymysten ja tutkimushypoteesien muotoilusta (Virtanen 2007; Kirk 2013, 2). Tällöin määritellään muun muassa se, mitataanko vaikuttavuutta yleisillä järjestelmä- tai väestötasoisilla mittareilla vai asiakasepisoditasoisilla, ongelmaspesifeillä mittareilla (Torkki, Leskelä, Linna, Torvinen, Klemola, Sinivuori, Larsio & Hörhammer 2017, 38). Kun arvioinnin kohde on tiedossa ja tiedetään, mitä tavoiteltavat vaikutukset ovat, tehdään päätökset ja määritelmät tutkimuksen tulosmuuttujista ja mitä **tulosmittareita** (*outcome measure(s)*) niiden mittaamiseen käytetään. Nämä tulosmittarit voidaan jakaa yksilöön liittyviin mittareihin kuten PROM (*Patient Reported Outcome Measures, PROM*) ja PREM (*Patient Reported Experience Measures, PREM*) -mittareihin, sekä erilaisiin rekisteritietoja tai tietokantoja hyödyntäviin objektiivisiin mittareihin. Näistä rekistereihin perustuvat mittarit ovat olleet Suomessa selkeästi käytetympiä, mutta viime aikoina myös erilaisten potilaan ja asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä tarkastelevien mittareiden käyttö on yleistynyt. Tässä artikkelissa keskitymme erityisesti itseraportoituihin mittareihin, mutta sivuamme lopuksi myös erilaisiin tietojärjestelmiin ja rekistereihin kerättävään tietoon pohjautuvia tulosmittareita (*performance outcome, PerfO*). Lopuksi kerromme lyhyesti,

[2] Tehon ja vaikuttavuuden käsitteet tulevat ymmärrettäviksi suhteessa toisiinsa esimerkiksi ehkäisevien palvelujen tutkimussyklin *(preventive intervention research cycle)* kautta (ks. Gottfredson, Cook, Gardner, Gorman-Smith, Howe, Sandler & Zafft 2015); artikkeli toimii hyvänä lisätiedon lähteenä tehon ja vaikuttavuuden käsitteisiin.

miten yksilötasolta voitaisiin edetä tarkastelemaan esimerkiksi koko palvelujärjestelmän vaikuttavuutta.

Itseraportoidut tulosmittarit

Palvelun vaikuttavuutta voidaan mitata tiedustelemalla potilaan tai asiakkaan omaa arviota omasta toimintakyvystään tai elämän laadusta. Tällöin terveydenhuollon kontekstissa puhutaan potilaan raportoimasta vaikuttavuudesta (*Patient-Reported Outcomes, PRO*), kun taas sosiaalipuolella viitataan asiakkaan (*Consumer-reported Outcome measures, CROM*) kokemukseen. Vastaavasti jos halutaan tietää potilaan tai asiakkaan tyytyväisyydestä ja palvelukokemuksista, käytetään erilaisia PREM-mittareita (*Patient Reported Experience Measures*). Aina potilas tai asiakas ei ole kuitenkaan kykenevä arvioimaan omaa tilannettaan johtuen esimerkiksi vanhuudesta, päihteistä tai vammasta. Sen vuoksi itseraportoituihin tulosmittareihin voidaan sisällyttää myös erilaiset ammattilaisten (*clinician-reported outcomes, ClinRO*) tai asiakkaan läheisen (*observer reported outcome, ObsRO*) tekemät arviot potilaan tilanteesta. (Walton, Powers, Hobart, Patrick, Marquis, Vamvakas, Isaac, Molsen, Cano & Burke 2015; Torkki ym. 2017, 37–42.) Valintaa eri tason mittareiden välillä ohjaavatkin tutkimuksen kohderyhmä, tutkittava palvelu ja sen odotettavissa olevien vaikutusten luonne (vaikutukset esim. terveyteen, toimintakykyyn tai kustannuksiin).

Asiakkaan itsensä raportoimat mittarit (PROM ja CROM) ovat niin sanottuja sateenvarjokäsitteitä, jotka viittaavat sekä yhdestä muuttujasta että useista ulottuvuuksista koostuviin itsearviointimittareihin. Tällaisia ovat esimerkiksi potilaan itsensä tekemän arviot oireistaan, toimintakyvystään tai elämänlaadusta (*quality of life, QOL*).

Elämänlaadun arviota voidaan hyödyntää terveydenhuollon kontekstissa esimerkiksi silloin, kun halutaan tietää, miten vähäiset terveydenhuollon resurssit saataisiin kohdennettua siten, että niillä saa-

vutettaisiin mahdollisimman paljon terveyttä (esim. Williams 1996). Tällöin arvioidaan niin sanottujen **laatupainotettujen elinvuosien** (QALY, *Quality Adjusted Life Years*) määrää eli terveydenhuollon menetelmien tai palvelujen aiheuttamaa lisäystä elinvuosien määrässä (rekisteritietoihin/tutkimukseen perustuva arvio) ja elämän laadussa (itseraportoituna) (esim. Williams 1996; Weinstein, Torrance & McGuire 2009; Whitehead & Ali 2010; kritiikistä esim. Prieto & Sacristán 2003, ks. Esimerkki 1).

Esimerkki 1. Mitä QALY mittaa?

QALY mittaa terveydenhuollon palveluiden vaikutuksia potilaan elinikään ja elämän laatuun. Elinikää mitataan elinvuosina ja elämänlaatua mittareilla, joiden arvot vaihtelevat yleensä välillä 0–1. Arvo 1 on paras mahdollinen terveydentila (”täysin terve”), kun taas arvo 0 viittaa potilaan kuolemaan. Jos potilas saa hoitojen seurauksena esimerkiksi yhden elinvuoden lisää täydellä elämän laadulla, hoito tuottaa potilaalle yhden QALY:n. Sen sijaan, jos hoito tuottaa yhden lisäelinvuoden ja potilaan elämänlaatu on 0,5 tänä aikana, on muutos puolikkaan QALY:n arvoinen. Vastaavasti, jos hoito lisää potilaan elinikää puolella vuodella ja potilas elää tämän ajan täysin terveenä, on kyse jälleen puolikkaan QALY:n arvoisesta muutoksesta. QALY:jen muutokset voivat olla myös negatiivisia, mikäli toimenpiteet vähentävät laatupainotettuja elinvuosia.

Lähteet: Sintonen & Pekurinen 2006; Weinstein ym. 2009

QALY:n mittaamiseksi tarvitaan tieto hoidon aiheuttamista muutoksista elinvuosissa ja elämänlaadussa (esimerkki 1). Näistä jälkimmäistä voidaan mitata yksittäisiin sairauksiin tai potilasryhmiin keskittyvien (sairausspesifien) tai yleisten (geneeristen) mittareiden avulla. Sairausspesifit mittarit arvioivat tietyn sairauden vaikeusastetta ja vaikutusta elämän laatuun. Tästä esimerkkinä on muun muassa endometrioosia sairastaneille suunnattu elämänlaadun kyselylomake. Geneeriset mittarit puolestaan, kuten esimerkiksi 15D-elämänlaatumittari ja EQ-5D, kuvaavat yleisemmin terveydentilan muutoksiin liittyviä elämänlaadun muutoksia (Brooks 1996; Sintonen 2001).

Terveydenhuollossa kehitetyt mittarit eivät kuitenkaan sovellu suoraan sosiaalipalvelujen vaikuttavuuden arviointiin, sillä ne keskittyvät terveydentilassa tapahtuviin muutoksiin. Sen vuoksi sosiaalihuollossa tarvitaan myös omia hyvinvointia mittaavia mittareita. Sosiaalihuollon vaikuttavuuden arviointiin sopivia mittareita ovat esimerkiksi geneeriset arviot elämän laadusta, kuten WHOn kehittämä elämän laadun mittari (WHOQOL, WHO *Quality of Life*). Lisäksi on olemassa laaja joukko spesifejä mittareita, joita on kehitetty erilaisiin tarpeisiin. Aikuissosiaalityön mittareita ovat esimerkiksi ASCOT-mittari (Netten, Burge, Malley, Potoglou, Towers, Brazier, Flynn, Forder & Wall 2012) ja Avain-mittari. Työelämän tarpeisiin vastaavat Työkyky-mittarit ja vanhuspalveluissa käytetään muun muassa RAI- ja RAVA-mittareita. Näistä osassa asiakas arvioi itse omaa toimintakykyään, kuten Työkyky-mittarin tapauksessa, kun taas osa perustuu ammattilaisen tekemään arvioon potilaan tilanteesta, kuten vanhustyöhön kehitetyt RAI ja RAVA-mittarit. Vaikuttavuuden mittaamiseen onkin olemassa useita tulosmittareita, minkä vuoksi arviointitutkimuksen tekijät joutuvat pohtimaan, mitkä mittareista soveltuvat parhaiten juuri kyseiseen tutkimukseen. Erilaisia toimintakyvyn ja palvelujen vaikuttavuuden arviointiin kehitettyjä mittareita on esitelty tarkemmin esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoimassa TOIMIA-tietokannassa (2020).

Käytännön vaikuttavuustutkimuksissa itseraportointiin pohjautuvia tulosmittareita ei kuitenkaan ole käytetty yhtä paljoa kuin erilaisia rekisteritietoihin pohjautuvia tulosmittareita. Yhtäältä tämä on voinut johtua mittareiden puutteesta, mihin on viime vuosina pyritty vaikuttamaan kehittämällä ja validoimalla uusia mittareita. Toisaalta taustalla on ollut myös se, että itsearviointien kerääminen on työlästä eikä tutkimuksissa aina saavuteta riittävää vastausaktiivisuutta, mikä heikentää tulosten luotettavuutta.

Rekisteripohjaiset tulosmittarit

Rekisteripohjaisilla tulosmittareilla viitataan erilaisiin tietojärjestelmiin ja rekistereihin kirjautuviin tietoihin tai muuttujiin, joiden avulla voidaan arvioida palvelun tai hoidon vaikuttavuutta. Keskeistä tällöin on, että tiedot ovat jälkikäteen kiistattomasti todennettavissa potilas-, asiakastietojärjestelmiin tai rekistereihin tehtävistä merkinnöistä. (Torkki ym. 2017, 38–39.) Tällaisia mittareita ovat esimerkiksi elinikä, syntyneiden lasten lukumäärä, kuolleisuus, sairauseläkkeiden määrä tai huostaanotettujen lasten määrä.

Yksi kansainvälisesti käytetty vaikuttavuuden tulosmittari on esimerkiksi ”menetetyt toimintakykyiset elinvuodet” (*disability-adjusted life years, DALY*). Se saadaan laskemalla ennenaikaisista kuolemista aiheutuvat elinvuosien menetykset ja lisäämällä näin saatuun lukuun niiden vuosien määrä, kuinka pitkään tautia potevat henkilöt keskimäärin kärsivät sairaudestaan (=alentuneen toimintakyvyn vuoksi menetetyt vuodet). DALY-arvojen seuraaminen mahdollistaa esimerkiksi väestön terveydentilan seuraamisen paremmin kuin jos tarkasteltaisiin ainoastaan elinaikaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän laadun ja vaikuttavuuden mittaaminen

Suomessa palvelujärjestelmätason vaikuttavuutta on seurattu useimmiten rekisteripohjaisten tulosmittareiden avulla, jolloin on tarkasteltu esimerkiksi menetettyjä elinvuosia, kuolleisuutta tai laitoksissa asuvien määrää. Koska itseraportoituja tulosmittareita ei ole juurikaan systemaattisesti hyödynnetty kansallisella tasolla, on kokonaiskäsitys koko palvelujärjestelmätason vaikuttavuudesta jäänyt vajavaiseksi. Torkki kumppaneineen (2017) nostaakin esille niin sanotun *Triple Aim* -viitekehyksen, jonka moniulotteisilla tulosmittauksilla päästäisiin tarkastelemaan palvelujärjestelmän vaikuttavuutta kokonaisvaltaisemmin (ks. esim. Valentijn 2015). Tällöin sosiaali- ja

terveyspalvelujen suorituskyvyn arvioinnissa keskiöön nostettaisiin palveluiden kustannukset, väestön terveys (vaikuttavuus) sekä asiakaskokemukset (palvelun laatu). Ajatuksena on, että olemassa olevia mittareita yhdistämällä voitaisiin tulevaisuudessa seurata sekä kokonaiskustannuksia että sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuutta (ks. lisää Torkki ym. 2017, 15–17, 51–61, mm. mittarin pilotoinnista Eksoten aineistossa).

Triple Aim -viitekehyksen ohella viime vuosina on keskusteltu niin sanotusta kansallisesta laaturekisteristä, jonka keskeisenä tavoitteena on seurata palvelujen laatua. Useimmiten tämä on tarkoittanut tulosmittareita, mutta mikäli mahdollista myös tutkimusnäyttöön pohjautuvia rakenne- ja prosessimittareita (vrt. *Triple Aim*), jolloin palvelujen vaikuttavuutta voitaisiin seurata paremmin. Lisäksi laaturekistereiden avulla on tarkoitus vertailla eri palveluntuottajien suorituskykyä hoito- tai palveluprosesseissa ja tulosten saavuttamisessa (*benchmarking*, Jonsson ym. 2019, 24).

Toisaalta keskittyminen rekisteripohjaisiin tulosmittareihin, kuten kuolleisuuteen, on merkinnyt myös sitä, ettei varsinaiseen vaikuttavuustietoon ole päästy aukottomasti kiinni, sillä kuolleisuuteen vaikuttavat myös monet palvelujärjestelmän ulkopuoliset tekijät (ks. Jonsson ym. 2019, 24). Vaikka luotettavat tulosmittarit ovat tärkeitä palvelujen vaikuttavuuden tutkimisessa, ei sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suorituskyvyn mittaaminen kansallisilla laaturekistereillä ole siis välttämättä yksistään riittävä edellytys vaikuttavuuden todentamiseen. Ei siis riitä, että pystytään osoittamaan luotettavilla mittareilla, että hoito tai palvelu on laadukasta ja tavoitellut vaikutukset on saavutettu. Vaikuttavuuden todentamiseksi on myös tutkittava sitä, missä määrin mittauksin todetut vaikutukset olisivat nimenomaan tutkimuksen kohteena olevien palvelujen ansiota. (ks. McDavid, Huse & Hawthorn 2013, 16–22.) Esimerkiksi lastensuojelupalvelujen vaikuttavuutta ei voida todeta pelkästään tarkastelemalla kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleiden

0–17-vuotiaiden osuutta vastaavan ikäisestä väestöstä[3] eli tuottamalla seurantatietoa vaikuttavuudelle asetettujen kriteerien toteutumisesta. Luotettavan tulosmittarin valinnan lisäksi vaikuttavuuden tutkiminen edellyttää tutkimusasetelmaa, jonka avulla on mahdollista todentaa, ovatko palvelut havaitun muutoksen syy. Siirrymme näihin kysymyksiin seuraavaksi.

Kokeellisen tutkimusasetelman perusidea vaikuttavuuden tutkimisessa

Kun arvioidaan sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuutta, arvioidaan sitä, tapahtuiko palveluja käyttäville potilaille tai asiakkaille tavoitteiden mukaisia terveyden tai hyvinvoinnin muutoksia. Tämän lisäksi on pystyttävä arvioimaan kausaalisuhteen toteamiseen (ks. Töttö 2004, 120–135) liittyvää kysymystä (ns. *counterfactual*-kysymys)[4], olisivatko samat vaikutukset syntyneet myös ilman palveluja (Rossi ym. 2004, 267). Olisi siis pystyttävä osoittamaan, että palvelua käyttäneiden asiakkaiden tai potilaiden ryhmässä havaittua tulosmuuttujan muutosta ei esiintyisi tilanteessa, jossa he eivät olisi saaneet tätä palvelua (McDavid ym. 2013, 16–17, 21). Esimerkiksi arvioitaessa, ovatko lapsen käytösoireet vähentyneet palvelujen seurauksena, tulee lapsen tilannetta mitata samalla, luotettavalla tulosmittarilla (esim. SDQ[5]) vähintään kahdesti: ennen ja jälkeen palvelun saamisen. Jos tavoitellut vaikutukset lapsen käyttäytymiseen saavu-

---

3 Sotkanet indikaattori Kiireellisesti vuoden aikana sijoitettuna olleet 0–17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä on yksi lasten hyvinvoinnin kansallisista indikaattoreista.

4 Vaikuttavuuden arvioinnin perusongelma on niin sanottu puuttuva havainto -ongelma. Tällä viitataan siihen, ettei tutkimuksissa voida tutkia yhtä aikaa samoja henkilöitä sekä palvelujen käyttäjinä että ei palveluja saaneina (Rossi ym. 2004, 267). Niin sanottu *counterfactual*-päättelyperiaate vaikuttavuuden arvioinnissa tarkoittaa tätä kausaalianalyysin mahdollistavaa vaihtoehtoisen todellisuudenvastaisen tilanteen vakioimista, johon on kehitetty useita tekniikoita (ks. Loi & Rodriques 2012).

5 *Strengths and Difficulties Questionnaire* eli SDQ on suomennettuna Vahvuudet ja vaikeudet -kysely. SDQ soveltuu Toimia tietokannan mukaan hyvin lasten

tettiin, lisäksi on pystyttävä vakioimaan kaikki muut mahdollisesti lapsen käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät eli kilpailevat selitykset sille, miksi havaitut muutokset tapahtuivat (ks. Rubin & Babbie 2008, 256). Jos tämä on mahdollista, voidaan palveluja pitää kyseisten muutosten aiheuttajina.

Kun halutaan arvioida palvelujen vaikuttavuutta, tulisi pyrkiä tutkimusasetelmaan, jonka avulla palvelujen vaikuttavuutta voidaan mitata mahdollisimman luotettavasti. Satunnaistettua koeasetelmaa pidetään luotettavimpana tapana tutkia vaikuttavuutta. **Satunnaistettu kontrolloitu koeasetelma** (*randomized controlled trial, RCT*) perustuu nimensä mukaisesti kahden ryhmän eli koe- ja kontrolliryhmän satunnaistamiseen. Asetelman vahvuus on siinä, että onnistuessaan satunnaistaminen vakioi kaikki muut (intervention ohella) tulosmuuttujaan vaikuttavat havaitut ja ei-havaitut sekoittavat tekijät. Satunnaistamiseen on olemassa erilaisia menetelmiä, joista voi valita kyseiseen tutkimukseen sopivimman (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth & Petticrew 2008, 10–11). Rubin ja Babbie (2008, 253) huomauttavat, että on tärkeää erottaa toisistaan satunnainen ryhmiin arpominen ja satunnaisotanta. Onnistunut satunnaisotanta takaa sen, että aineistosta saadut tulokset ovat yleistettävissä perusjoukkoon tai kohdeväestöön. Asiakkaiden satunnaistaminen koe- ja kontrolliryhmiin puolestaan takaa sen, että koe- ja kontrolliryhmien vastaajat eivät eroa toisistaan muiden muuttujien kuin testattavan palvelun käytön suhteen, ja siten kausaalisten päätelmien tekeminen on luotettavaa. (Rubin & Babbie 2008, 253.)

On olemassa erilaisia koeasetelmia (ks. Rubin & Babbie 2008, 252–253). Yksinkertaisessa satunnaistetussa kokeellisessa tutkimusasetelmassa tutkittavat jaetaan satunnaisesti koe- ja kontrolliryhmään siten, että molemmat ryhmät ovat lähtötilanteessa taustatekijöiltään (esim. sukupuoli, ikä, ammattiasema) samanlaisia. Tutkimuksen kohteena oleva palvelu toteutetaan ainoastaan koeryhmässä ja palve-

psyykkisten oireiden tunnistamiseen (ks. https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti).

lun saamisen jälkeen molemmista ryhmistä mitataan tulosmuuttujan arvot ja verrataan niitä lähtötilanteeseen[6]. Jos palvelu lisäisi terveyttä tai parantaisi hyvinvointia, tulisi palvelua saaneiden koeryhmän jäsenten tulosmuuttujan arvojen olla erisuuria kuin kontrolliryhmässä, joka ei saanut palvelua. Jos tulosmuuttujan arvoissa havaitaan tilastollisesti merkitsevä ero koe- ja kontrolliryhmien välillä, voidaan todeta, että palvelulla oli vaikutusta tulosmuuttujaan (palvelun vaikuttavuus, *program effect*[7]). (Robson 2001, 89; Rossi ym. 2004, 242–243.) Esimerkiksi Ihmeelliset vuodet (*The Incredible Years, IY*) intervention vaikuttavuutta lasten käytöshäiriöihin mitattiin ECBI[8]-tulosmittarin muutosten (6 kk seuranta-lähtötilanne) erotuksena koe- ja kontrolliryhmän välillä, jolloin vaikuttavuus oli 20.33 ECBI yksikön vähennys (ks. O'Neill ym. 2013). Alla on esimerkki yksinkertaisesta satunnaistetusta koeasetelmasta, jossa ei tehdä alaryhmäanalyyseja (esimerkki 2).

---

6 Satunnaistamisen onnistuessa tulosmittarin arvojen tulisi olla lähtötilanteessa samat koe- ja kontrolliryhmässä (ks. esim. O'Neill, McGilloway, Donnelly, Bywater & Kelly 2013).

7 Lisäksi käytetään termejä *program's impact* tai *outcome change* (ks. esim. Rossi ym. 2004, 232).

8 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

Esimerkki 2. Satunnaistettu kokeellinen tutkimusasetelma

		Tilanne ennen palvelun antamista		Tilanne palvelun saamisen jälkeen
Koeryhmä	R	O_1	X	O_2
Kontrolliryhmä	R	O_1		O_2

- R = Tutkittavat arvotaan ensin koe- tai kontrolliryhmään satunnaisesti esim. satunnaislukutaulukon avulla
- O_1 = Alkumittaus ja O_2 = Loppumittaus/Kontrolliryhmän mittaus vastaavina ajankohtina
- X = Palvelu, jonka vaikuttavuutta tutkitaan; kontrolliryhmälle ei anneta tutkittavaa palvelua

Lähteet: Mukaillen Robson (2001, 89) ja Rubin & Babbie (2008, 251)

Koeasetelma on suunniteltava ja toteutettava huolellisesti siten, että kaikki kontrolloitavissa olevat harhalähteet saadaan minimoitua.[9] Ideaalitilanteessa satunnaistaminen tulisi toteuttaa niin sanotusti sokkona. **Sokkouttaminen** (*blinding*) tarkoittaa sitä, että potilas tai asiakas, hänelle hoitoa tai palveluja antava ammattilainen tai tutkija itsekään ei tiedä, kuka kuuluu koe- tai kontrolliryhmään. Ensinnäkin potilaiden tai asiakkaiden tutkimusryhmiin jakaminen tulee pitää salassa (*allocation concealment*) eli tutkittavien rekrytoinnista vastaava tutkija ei saa itse osallistua satunnaistamismenettelyyn. Jos potilas, asiakas tai hoitohenkilökuntakaan eivät tiedä tutkittavien jäsenyyttä, puhutaan kaksoissokkouttamisesta (*double-blind*). (Komulainen, Vuorela & Malmivaara 2014, 1440.) Seuraavaksi kuvaamme esimerkin 3 avulla onnistunutta satunnaistetun koeasetelman

[9] Esimerkiksi Joanna Briggs Instituutti on määritellyt tarkistuslistan kokeellisten tutkimusasetelmien ”metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen” (ks. https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/). Esimerkiksi tätä tarkistuslistaa voi käyttää myös satunnaistetun kokeellisen tutkimusasetelman suunnittelun ja toteutuksen muistilistana. Tarkistuslista käsittää 10 arviointikriteeriä, joista laadukkaasti toteutetussa kokeellisessa tutkimuksessa mahdollisimman moni täyttyy.

käyttöä. Esimerkki perustuu niin kutsuttuun Finger-tutkimukseen (Ngandu, Lehtisalo, Solomon, Levälahti, Ahtiluoto, Antikainen, Bäckman, Hänninen, Jula, Laatikainen, Lindström, Mangialasche, Paajanen, Pajala, Peltonen, Rauramaa, Stigsdotter-Neely, Strandberg, Tuomilehto, Soininen & Kivipelto 2015).

Esimerkki 3. FINGER-tutkimus esimerkkinä onnistuneesta satunnaistetusta koeasetelmasta

FINGER-tutkimuksessa (Ngandu ym. 2015) tutkittiin elintapojen muutoksiin tähtäävän intervention kognitiivisia vaikutuksia. Tutkimus toteutettiin Helsingissä, Vantaalla, Kuopiossa, Seinäjoella, Oulussa ja Turussa. Monitahoisella interventiolla pyrittiin vaikuttamaan ikääntyneiden ruokavalioon, liikuntaan, kognitiivisiin ja sosiaalisiin toimintoihin sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskien hallintaan.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 60—77 -vuotiaat henkilöt, joilla oli kohonnut muistisairauden riski. Tutkittavat henkilöt rekrytoitiin syyskuun 2009 ja marraskuun 2011 välisenä aikana. Tutkimukseen suostuneista 631 henkilöä satunnaistettiin koeryhmään ja 629 henkilöä kontrolliryhmään. Kontrolliryhmään osallistuvat henkilöt saivat normaalikäytännön mukaista terveysneuvontaa. Koeryhmän jäsenille tarjottiin lisäksi moniulotteinen interventio, jolla pyrittiin vaikuttamaan ikääntyvien henkilöiden ruokailutottumuksiin, liikuntaan, muistiin ja sydän- ja verisuonisairauksien riskien hallintaan. Tutkimuksessa sovellettiin kaksoissokkoutuksen periaatetta ja satunnaistaminen toteutettiin lohkoittain *(blocked randomization).* Ensisijaisena tulosmuuttujana käytettiin kognitiivista suorituskykyä mittaavaa normalisoitua NTB indeksiä.

Tulokset osoittivat, että kognitio parani noin 25 prosenttia enemmän interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä (taulukko E1.1) ja että tämä ero ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä (Ngandu ym. 2015). FINGER oli ensimmäisiä tutkimuksia, jossa pystyttiin todentamaan elintapoihin vaikuttavan intervention vaikuttavuus ikääntyvillä riskiryhmiin kuuluvilla henkilöillä.

Taulukko E1.1 FINGER-tutkimuksen päätulokset

	Kahden vuoden seuranta
NTB indeksin muutos koeryhmässä	0.20
NTB indeksin muutos kontrolliryhmässä	0.16
Muutosten erotus koe- ja kontrolliryhmän välillä per vuosi	0.02

Lähde: Ngandu ym. 2015

Satunnaistettua kokeellista asetelmaa suunniteltaessa kannattaa varautua erityisesti seuraaviin asioihin. Satunnaistaminen voi joskus epäonnistua, jolloin koe- ja vertailuryhmien välille voi muodostua systemaattinen ero joissakin tulosmuuttujaan vaikuttavissa tekijöissä. Koeryhmään voi esimerkiksi valikoitua enemmän naisia kuin miehiä. Jos sukupuoli vaikuttaa tulosmuuttujaan, on tässä tapauksessa erheellistä päätellä, että havaitut muutokset tulosmuuttujassa johtuisivat pelkästään tutkittavasta palvelusta tai toteutetuista toimenpiteistä. Tällaista valikoitumisharhaa voitaisiin korjata vakioimalla sukupuoli analyyseissa. Vaikka satunnaistaminen näennäisesti vähentääkin tehtävien mittausten tarvetta, myös alaryhmäanalyyseja (esim. selittääkö ikä vaikuttavuutta) sisältävissä tutkimuksissa on joka tapauksessa mitattava ja kontrolloitava väliin tulevia tekijöitä (Vuorela ym. 2014, 1546). Satunnaistamiseen liittyvien ongelmatilanteiden lisäksi keskeisiä satunnaistettuun koeasetelmaan liittyviä harhamahdollisuuden lähteitä ovat esimerkiksi sokkouttamisen epäonnistuminen ja **tutkittavien vähittäinen poistuminen seurannasta** (*attrition*) (esim. Komulainen ym. 2014)[10].

Esimerkiksi tietyntyyppisissä leikkaustoimenpiteissä (Williams, Burden-Teh & Nunn 2015) ja erityisesti sosiaalialalla sokkouttamisen toteuttaminen voi olla haasteellista. Sosiaalisten interventioiden toteuttamista, kuten esimerkiksi palveluohjauksen antamista tai lasten sijoituspäätöksiä, voi olla mahdotonta salata asiakkailta ja henkilökunnalta samalla tavalla kuin esimerkiksi lääketutkimuksessa tutkittavan lääkkeen ja plasebo-tabletin suhteen voidaan menetellä. Tulosmittauksen arvioinnin sokkouttaminen on helpompi toteuttaa, mutta Komulainen ja tutkimusryhmä (2014, 1440) arvioivat kuitenkin, että sokkouttamisen puuttuminen on vakavinta silloin, jos käytetään asiakkaan itsearviointiin perustuvia tulosmittareita: sen

[10] Sisäisen validiteetin harhatekijöitä käsitellään tarkemmin artikkelin luvussa ”Vaikuttavuuden tutkiminen havainnoivilla tutkimusasetelmilla. Havainnoivat tutkimusasetelmat ja niihin liittyvät harhamahdollisuudet”.

sijaan jos tulosmittari on objektiivinen (esim. painoa mittaava vaaka), ei tutkijan sokkouttamisen puute ole niin suuri epäkohta.

Vaikka satunnaistaminen olisikin onnistunut ja koe- ja kontrolliryhmät olisivat lähtötilanteessa täysin samanlaisia, voi systemaattista eroa joissakin keskeisissä taustatekijöissä muodostua tutkimuksen aikana myös tutkittavien vähittäisen poistuman kautta. Tällainen tilanne syntyy esimerkiksi silloin, jos kontrolliryhmään osallistuvista perheellisistä osa lopettaa tutkimuksen kesken, koska he kokevat, että tutkimus vie liikaa aikaa eikä hyödytä heitä riittävästi. Jos vastaavaa poistumaa ei tapahdu koeryhmän kohdalla, ja ero on tilastollisesti merkitsevä, perheasemaan liittyvä valikoituminen voi vääristää tuloksia (valikoitumisharha, *selection bias*). **Valikoitumisharhaa** muodostuu siis, jos koe- ja vertailuryhmät eroavat toisistaan systemaattisesti jonkin tekijän suhteen joko tutkimuksen alussa tai sen aikana ja näillä tekijöillä on yhteys tulosmuuttujaan. (Rossi ym. 2004, 270–271.) Valikoitumisharhaa voi korjata tilastollisilla menetelmillä[11], joten olennaisimpia tulosmuuttujaan vaikuttavia asioita on suotavaa mitata, vaikka käytettäisiin satunnaistettua koeasetelmaa.

Harhojen minimoimiseksi satunnaistetuissa kokeellisissa tutkimuksissa on tapana myös toteuttaa **protokollan mukaisen analyysin** (*per-protocol analysis*) sijaan niin sanottu **hoitoaikeen mukainen analyysi** (*intention to treat analysis, ITT*) (ks. McCoy 2017). Eli sen sijaan, että analyysi rajattaisiin vain palveluja tosiasiassa saaneisiin, kaikki koe- ja vertailuryhmiin satunnaistetut ihmiset analysoidaan siinä ryhmässä, johon heidät on satunnaistettu – vaikka he vaihtaisivatkin ryhmää tai jättäytyisivät pois kesken tutkimuksen. Tällä tavoin asetelma on lähempänä luonnollista tilannetta, jossa hyppäyksiä eri ryhmien välillä ja hoidon keskeyttämistä voi tapahtua. Toisaalta

---

11 Katso lisää kontrollimuuttujien käyttämisestä ja sekoittavien tekijöiden tilastollisesta vakioinnista luvusta ”Epävarmuustekijöiden kontrolloiminen tilastollisten analyysimenetelmien avulla”.

se tarkoittaa myös sitä, että seurannasta pois jääneiden puuttuvat vastaukset on korvattava (imputoitava) jollain tavalla[12]. (McCoy 2017.)

Tutkimustulosten raportoinnin ja soveltamisen näkökulmasta on tärkeää tiedostaa, että satunnaistetun kokeellisen tutkimusasetelman **ulkoinen validiteetti** (*external validity*) eli tulosten yleistettävyys vastaaviin olosuhteisiin voi kärsiä **sisäisen validiteetin** (*internal validity*) eli vaikuttavuutta koskevien päätelmien luotettavuuden korostamisen kustannuksella. Syynä voi olla esimerkiksi se, että koeasetelman käytännön toteutus on kallista ja tutkimusaineiston optimaalinen koko on laskettava tarkkaan vähimmäisrajalle tilastollisten voimalaskelmien avulla. Satunnaistetussa kontrolloidussa koeasetelmassa määritellään usein myös tiukat rekrytointikriteerit, ja hoidon toteutus on tiukasti ohjattua ja valvottua, minkä takia aineisto ei välttämättä vastaa hoidon toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon normaalikäytännöissä (Rannanheimo & Jauhonen 2018, 20). Esimerkiksi vakavien psykiatristen häiriötilojen kriteerit täyttävät henkilöt voidaan helposti sulkea pois tutkimuksista, vaikka he tositilanteissa ovatkin palvelujen käyttäjiä. Siten satunnaistetun koeasetelman tutkimustuloksia voi olla haasteellista yleistää käytännön tilanteisiin tai eri konteksteihin, kuin missä tutkimus on tehty.

Ideaalitilanteessa sekä tutkimuksen ulkoinen että sisäinen validiteetti ovat mahdollisimman hyviä. Silloin myös satunnaistettujen koeasetelmien tulokset voitaisiin yleistää tutkimusten perusjoukkoihin. Tähän asti olemme käsitelleet satunnaistettua koeasetelmaa niin kutsutun satunnaistetun kontrolloidun koeasetelman (ns. *RCT; efficacy trial; explanatory clinical trial*) näkökulmasta. Satunnaistettuja, kontrolloituja koeasetelmia voidaan toteuttaa myös arkivaikuttavuuden tutkimiseen normaaleissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä (ns. *effectiveness trial; pragmatic clinical trial*). Satunnaistettu koeasetelma sijoittuu usein johonkin kohtaan näiden

12 Puuttuvien tietojen korvaamiseen on olemassa erilaisia menetelmiä. Esimerkiksi tässä artikkelissa esitellyssä Nuorten osa-aikatyö tutkimuksessa (esimerkki 4) on hyödynnetty moni-imputointia, josta voi lukea tarkemmin kyseisestä artikkelista (Monahan, Lee & Steinberg 2011).

ääripäiden välille[13]. (Sackett 2011.) Niin kutsutussa **käytännöllisorientoituneessa satunnaistetussa koeasetelmassa** arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon normaalihenkilöstön tavanomaisille asiakkaille tai potilaille tavanomaisessa hoito- ja palveluympäristössä toteuttamia hoitoja tai palveluja tarkoituksenmukaisen vertailuryhmän ja kliinisesti soveltuvan tulosmittauksen avulla. Koska arviointi ei kohdistu pelkästään kliinisten asiantuntijoiden tiukasti rajatuille osallistujille toteuttamiin kontrolloituihin hoitoihin, käytännöllinen satunnaistettu koeasetelma tuottaa RCT-asetelmaa tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon normaalikäytäntöön yleistettävää ja sovellettavaa tietoa (parempi ulkoinen validiteetti). (ks. Sackett 2011; Williams ym. 2015; Gamerman, Cai & Elsäßer 2018.)

Satunnaistettu kokeellinen tutkimusasetelma takaa onnistuessaan luotettavat päätelmät nimenomaan siitä, voidaanko palvelun käyttäminen yhdistää tutkimuksessa havaittuihin vaikutuksiin. Kun näitä tutkimustuloksia tulkitaan, on lisäksi tärkeää tarkastella sitä, missä määrin tutkimuksen otos vastaa tutkimuksen kohdeväestöä ja ratkaista tämän perusteella tutkimustulosten yleistettävyys käytännön tilanteisiin. Koska satunnaistettujen, kokeellisten tutkimusasetelmien aineistot ovat usein pieniä, on lisäksi hyvä tarkastaa, onko olemassa systemaattisia kirjallisuuskatsauksia, joissa olisi tehty meta-analyysi kyseisten palvelujen vaikuttavuudesta (Malmivaara & Komulainen 2014).

[13] Vertaa ehkäisevien palvelujen tutkimussykli: palvelujen tehon, vaikuttavuuden ja laaja-alaisen levittämisen mahdollisuuksien vaiheittainen tutkiminen (ks. Gottfredson ym. 2015).

- **Koeryhmä (treatment, intervention** tai **experimental group)**: Ryhmä, jossa toteutetaan interventio (hoito/palvelu) ja jonka saamia tulosmuuttujan arvoja verrataan kontrolliryhmään.
- **Kontrolliryhmä (control group)**: Ryhmä, joka ei osallistu interventioon (saa esim. lumelääkettä, osallistuu ”vanhaan” normaalikäytännön mukaiseen palveluun tai on ”odotuslistalla”) ja jonka saamia tulosmuuttujan arvoja verrataan koeryhmän saamiin tulosmuuttujan arvoihin.
- **Satunnaistaminen (randomization)**: Menettely, jonka perusteella perusjoukkoon kuuluvat jäsenet jaetaan satunnaisesti koe- ja kontrolliryhmään siten, että jokaisella perusjoukkoon kuuluvalla on sama todennäköisyys tulla valituksi kumpaan tahansa ryhmistä. Satunnaistaminen voidaan toteuttaa esimerkiksi nopanheiton tai satunnaislukugeneraattorien avulla.
- **Satunnaistettu kontrolloitu koeasetelma (randomized controlled trial, RCT)**: Tutkimusasetelma, jossa koe- ja kontrolliryhmät muodostetaan satunnaistamisen avulla.
- **Palvelun tai hoidon vaikuttavuus (program effect tai program's impact tai outcome change)**: Toiminnan vaikutuksesta tapahtuva muutos toiminnan perimmäisessä tavoitteessa eli se osuus tulosmuuttujan muutoksesta, joka on käytetyn palvelun tai hoidon aiheuttamaa, kun kaikki muut tulosmuuttujaan vaikuttavat tekijät on kontrolloitu.
- **Ulkoinen validiteetti (external validity)**: Tulosten yleistettävyys tutkitun kohdejoukon ulkopuolelle. Eli kyse on siitä, voidaanko tutkimustuloksia soveltaa muissa vastaavissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä.
- **Sisäinen validiteetti (internal validity)**: Tulosten luotettavuus eli arvio siitä, kuinka suurella varmuudella tavoiteltu muutos on nimenomaan annetun menetelmän, palvelun tai politiikkatoimen aiheuttamaa ja millaisia harhamahdollisuuksia vaikuttavuutta koskeviin päätelmiin sisältyy.

Vaikuttavuuden tutkiminen havainnoivilla tutkimusasetelmilla

Havainnoivat tutkimusasetelmat ja niihin liittyvät harhamahdollisuudet

On tilanteita, joissa satunnaistettu kokeellinen tutkimusasetelma ei ole paras mahdollinen valinta. Luotettavan kokeellisen aineiston kerääminen voi olla kallista ja siksi aineistot voivat jäädä pieniksi. Erityisesti RCT-asetelmissa ei niille tyypillisen lyhyen seuranta-ajan (ks. Williams ym. 2015) vuoksi voida välttämättä luotettavasti havaita sellaisia tapahtumia, jotka ovat hyvin harvinaisia tai joiden ilmaantumiseen kuluu oletettavasti pitkä aika. Joissakin tilanteissa satunnaistetun koeasetelman soveltaminen ei ole mahdollista eettisistä syistä. Esimerkiksi jos tiedettäisiin, että uusi palvelu on vaikuttavampi kuin nykyinen palvelu, olisi epäeettistä evätä uuden palvelun saanti kontrolliryhmään kuuluvilta henkilöiltä. Usein tällaista etukäteistietoa ei kuitenkaan ole, jolloin nimenomaan on eettisesti perusteltua testata, onko uusi palvelu tai hoitomuoto nykyistä hoitokäytäntöä vaikuttavampi.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuutta voidaan tutkia myös niin kutsutuilla **havainnoivilla tutkimusasetelmilla** silloin, kun kokeellisten tutkimusasetelmien käyttäminen ei ole eettisistä tai muista syistä johtuen mahdollista. Havainnoivat tutkimusasetelmat ovat ei-kokeellisia tutkimusasetelmia, joissa tutkija ei vaikuta (*manipulate*) tutkittavien sijoittumiseen **koe- ja vertailuryhmään** (Kirk 2013, 6). Havainnoivien asetelmien etuna on mahdollisuus kerätä suurempi aineisto, jolloin on mahdollista havaita hienovaraisempia yhteyksiä kuin satunnaistettujen kokeellisten tutkimusten usein pienillä aineistoilla. Havainnoivissa asetelmissa tutkimustulosten yleistettävyys (ulkoinen validiteetti) on yleensä parempi, koska tutkimukseen hyväksytään mukaan toisistaan voimakkaammin eroavia ihmisiä (heterogeenisempi aineisto) kuin kokeellisissa tutkimusase-

telmissa. Havainnoiviin tutkimusasetelmiin kuuluvat puolikokeellinen (*quasi-experimental*) (mm. Rossi ym. 2004, 237) ja esikokeellinen (*pre-experimental*) tutkimusasetelma (Rubin & Babbie 2008, 255–264).

Kun vaikuttavuutta arvioidaan jollakin havainnoivalla tutkimusasetelmalla, on vaikuttavuuden arvioinnin perusongelma eli kausaalisuhteen päättelemiseen liittyvä todellisuudenvastainen kysymys siitä, olisivatko samat vaikutukset syntyneet myös ilman palveluja (Rossi ym. 2004, 267), ratkaistava jollain muulla tavalla kuin satunnaistamismenettelyllä. **Puolikokeellisessa tutkimusasetelmassa** jäljitelläänkin mahdollisimman paljon kokeellista tutkimusasetelmaa. Asetelmaan kuuluu koe- ja vertailuryhmät, mutta tutkittavia ei satunnaisteta näihin ryhmiin. Kontrolliryhmän sijaan puhutaan usein vertailuryhmästä, ja puolikokeellista tutkimusasetelmaa nimitetään **”ei-vastaavien vertailuryhmien asetelmaksi”** (*nonequivalent comparison group design*) (Rubin & Babbie 2008, 255). Valikoitumisharhan minimoimiseksi on pyrittävä erityisesti varmistamaan se, että koe- ja vertailuryhmät olisivat lähtötilanteessa mahdollisimman samankaltaiset. Vertailtaviin ryhmiin voidaan esimerkiksi valita mahdollisimman samanlaisia toimipaikkoja tai yksilöitä. Otantapopulaation osituksen keinoin kohdeväestöä voidaan jakaa ryhmiin ja varmistaa, että vertailtaviin ryhmiin tulee yhtä paljon esimerkiksi miehiä ja naisia tai eri ikäryhmiin kuuluvia henkilöitä. Luotettavimmat päätelmät vaikuttavuudesta saavutetaan, jos tutkimusasetelma sisältää sekä mahdollisimman hyvin koeryhmää vastaavan vertailuryhmän että aikasarja-aineiston (Rossi ym. 2004; Rubin & Babbie 2008).

Puolikokeellinen tutkimusasetelma voidaan muodostaa joko takautuvasti tai reaaliaikaisesti etenevänä. Vastaavasti Vuorela työryhmineen (2014) määrittelee puolikokeellisten (havainnoivien) tutkimusasetelmien päätyypeiksi **altistuslähtöisen** ja **tapauslähtöisen** tutkimusasetelman. Altistuslähtöisellä tutkimusasetelmalla he tarkoittavat etenevää **kohorttitutkimusasetelmaa** (*cohort study*) ja

tapauslähtöisellä tutkimusasetelmalla takautuvasti toteutettua, niin kutsuttua tapaus-verrokkitutkimusta (case-control study). Reaaliaikaisesti etenevässä puolikokeellisessa tutkimusasetelmassa edetään satunnaistamista lukuun ottamatta muuten mahdollisimman vastaavasti kuin kokeellisessa tutkimusasetelmassa (ks. Rubin & Babbie 2008, 255–256). Hyvä lähtökohta reaaliaikaisesti etenevälle puolikokeelliselle tutkimusasetelmalle on, jos voidaan paikantaa kaksi toisilleen verrannollista ryhmää, joista vain toiselle annetaan tutkittava hoito tai palvelu (esim. Saarni 2009). Sekä koe- että vertailuryhmissä toteutetaan lähtömittaus, minkä jälkeen vain koeryhmä saa hoitoa tai käyttää tutkittavaa palvelua. Sopivan seuranta-ajan kuluttua mitataan molempien ryhmien tilanne samoilla, mahdollisimman luotettavilla tulosmittareilla. Jos tulosmuuttujan muutos koe- ja vertailuryhmien välillä on odotusten mukainen, se voidaan puolikokeellisessa tutkimusasetelmassa tulkita palvelun vaikuttavuudeksi sillä edellytyksellä, että ryhmiin valikoituminen ja tulosmuuttujaan yhteydessä olevat muut mahdolliset sekoittavat tekijät saadaan onnistuneesti kontrolloitua. (Rubin & Babbie 2008, 255–256.)

Puolikokeellinen tutkimusasetelma voidaan muodostaa myös takautuvasti rekisteriaineistojen[14] avulla (ns. *ex post facto*). Takautuvan tutkimuksen lähestymistapa on tyypillinen epidemiologisessa tutkimuksessa. Tapaus-verrokki-asetelmassa toisiinsa vertailtavat ryhmät muodostetaan takautuvasti määritellyn asiantilan toteutumisen suhteen. Tutkittavat henkilöt voidaan jakaa tapauksiin ja verrokkeihin esimerkiksi sen mukaan, ovatko he sairastuneet Alzheimerin tautiin (tapaukset) vaiko eivät (verrokit). Tapaus-verrokki-tutkimuksessa etsitään niitä tekijöitä, jotka selittäisivät eroja tulosmuuttujien arvoissa tapaus- ja verrokkiryhmien välillä. Toinen mahdollisuus on hyödyntää esimerkiksi asiakastietorekisteriin kertynyttä tietoa ja rakentaa niin sanottu *catch-up*-tutkimusasetelma. Tämä on mahdollista silloin, jos on olemassa jo kerättyä aineistoa tietyistä tutkimuk-

[14] Katso lisää rekisteriaineistojen käsittelystä ja käyttämisestä esim. Sund (2003) ja Sund, Nylander ja Palonen (2004).

sen kannalta kiinnostavista osaryhmistä, joita voidaan seurata ajassa eteenpäin ja ottaa heihin myöhemmin yhteys. Tällaisessa asetelmassa tarvitaan vain yksi yhteydenotto, koska aineistossa on jo valmiiksi tietoa edeltävästä, tutkimuksellisesti kiinnostavasta asiantilasta, kuten onko kyseinen henkilö käyttänyt tiettyä palvelua lapsuudessaan vai ei. (ks. Rutter 1994.)

Kausaalinäytön asteen osalta puolikokeellista tutkimusasetelmaa heikompaa versiota edustavat **esikokeelliset tutkimusasetelmat.** Tällaisia tutkimusasetelmia ovat yhden ryhmän **ennen–jälkeen-tutkimusasetelma** (*pre-post design; before and after design*) ja **aikasarja-asetelma** (*time series design*). Esikokeellisissa tutkimusasetelmissa käytetään kausaalipäättelyn välineenä vertailuryhmän sijaan niin sanottua **refleksiivistä kontrollia** (*reflexive control(s)*) eli vertailua aiempaan tilanteeseen (Rossi ym. 2004, 289–295). Ennen–jälkeen-tutkimusasetelmassa verrataan toisiinsa ennen palvelun toteuttamista annettua alkumittausta ja palvelun toteuttamisen jälkeen tehtyä jälkimittausta. Aikasarja-asetelman käyttäminen eli sekä ennen ja jälkeen palvelun saamisen toteutetut useat tulosmuuttujan mittaukset vahvistavat yleensä esikokeellista tutkimusasetelmaa, sillä näin voidaan jäsentää mahdollista muutosta palvelun saamista edeltävässä ja sen jälkeisessä trendissä (esim. Rossi ym. 2004, 290–295).

Esikokeellisiin tutkimusasetelmiin luokitellaan myös **poikkileikkaustutkimusasetelmat**, joihin kuuluu esimerkiksi kertaluontoinen yhteen tutkimusryhmään kohdentuva tapaustutkimus ja lomakekysely. Rubin ja Babbien (2008) mukaan tutkimuksen sisäinen validiteetti voidaan turvata parhaiten, jos tutkimuksessa on käytössä sekä koe- ja vertailuryhmäasetelma että aikasarja-aineisto. Täten vaikuttavuuden tutkimisen näkökulmasta heikoimpia tutkimusasetelmia ovat kertaluontoiset, yhteen ryhmään kohdentuvat tutkimusasetelmat. Poikkileikkausaineistolla ei voi todistaa, onko jokin asiantila muuttunut vai ei tai onko havaittujen ilmiöiden välillä kausaalista yhteyttä. Poikkileikkausaineistoilla voidaan kuitenkin erilaisia tilastollisia tekniikoita hyödyntämällä testata vaikuttavuutta koskevia

hypoteeseja. Hypoteesien testaamisen edellytyksenä on, että täsmennetään etukäteen oletukset siitä, kuinka palvelu tuottaa toivotun muutoksen ja muodostetaan tarkat, testattavat hypoteesit ennen tilastollisten analyysien suorittamista. (Rutter 1994.)

Vaikuttavuuden tutkimisen haasteena on se, että palvelujen vaikuttavuutta voivat ehdollistaa monenlaiset tuotetusta palvelusta riippumattomat tekijät (mm. Torkki ym. 2017, 35–36). Kaikkia sekoittavia tekijöitä ei useinkaan tunneta, minkä vuoksi niiden kontrollointi havainnoivissa tutkimuksissa voi jäädä puutteelliseksi. Tutkimustulosten raportoinnin ja tulosten soveltamisen näkökulmasta onkin tärkeää tiedostaa, että havainnoiviin tutkimusasetelmiin liittyy kokeellisia asetelmia enemmän palvelujen vaikuttavuutta koskevien päätelmien luotettavuutta heikentäviä **harhamahdollisuuksia** (*bias*)[15]. Erilaisten harhan lähteiden takia puolikokeellisissa tutkimusasetelmissa vertailtavat ryhmät eivät aina ole vertailukelpoisia, jolloin tutkitun hoidon tai palvelun vaikutuksen estimaatti on joko liian pieni tai liian suuri (Rossi ym. 2004, 267). Myös satunnaistetussa koeasetelmassa koe- ja kontrolliryhmien vertailukelpoisuus voi kärsiä, jos kokeen aikana joko koe- tai kontrolliryhmästä poistuu esimerkiksi tilastollisesti merkitsevästi suurempi osuus nuoria (vähittäinen poistuma, ks. Rossi ym. 2004, 274). Suurimmat epävarmuustekijät liittyvät esikokeellisiin tutkimusasetelmiin.

---

[15] Korostamme, että tutkimusasetelmasta riippumatta tieteellinen tutkimus on toteutettava joka vaiheessa korkealaatuisesti ja kaikkia hyvän tieteellisen käytännön periaatteita noudattaen. Erilaisten harhojen muodostumista voidaan vähentää, kun tutkimus toteutetaan laadukkaasti ja huolellisesti. Myös erilaisten havainnoivien tutkimusasetelmien suunnittelun ja toteutuksen apuna voidaan käyttää mallina esimerkiksi Joanna Briggs Instituutin kirjallisuuskatsauksia varten tekemiä alkuperäistutkimusten kriittisen arvioinnin listoja (ks. https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/).

- **Havainnoiva tutkimusasetelma (observational** tai **non-experimental study)**: Tutkimusasetelma, jossa koe- ja vertailuryhmän muodostaminen ei perustu satunnaistamiseen eikä ole siten tutkijan kontrolloitavissa, kuten kontrolloiduissa kokeellisissa tutkimusasetelmissa.
- **Puolikokeellinen tutkimusasetelma (quasi-experimental study)**: Tutkimusasetelma, jossa koe- ja vertailuryhmät eivät perustu satunnaistamiseen, mutta niiden muodostamisessa jäljitellään kokeellista tutkimusasetelmaa mahdollisimman hyvin. Puolikokeelliseen tutkimusasetelmaan voidaan myös päätyä, jos kokeellisen tutkimusasetelman satunnaistaminen epäonnistuu.
- **Esikokeellinen tutkimusasetelma (pre-experimental study)**: Tutkimusasetelma, jonka avulla voidaan esitestata hypoteeseja palvelujen vaikuttavuudesta ja vaikuttavuutta ehdollistavista tekijöistä, mutta ei todentaa niitä.
- **Koeryhmä ja vertailuryhmä (treatment group ja comparison group)**: Toisin kuin kokeellisissa tutkimusasetelmissa, havainnoivissa tutkimusasetelmissa puhutaan koe- ja vertailuryhmästä. Tällä painotetaan, ettei ryhmien muodostaminen perustu satunnaistamiseen, kuten satunnaistetussa kokeellisessa tutkimusasetelmassa. Silti koeryhmä edustaa ryhmää, jossa toteutetaan interventio (esim. saa/sai tiettyä palvelua), kun taas vertailuryhmä edustaa nimensä mukaisesti koeryhmään verrattavaa joukkoa, joka ei osallistu(nut) tutkittavaan interventioon.
- **Harha (bias)**: Arvio (estimaatti) palvelun vaikuttavuudesta on liian suuri tai liian pieni johtuen koe- ja vertailuryhmään liittyvästä valikoitumisesta tai mallin ulkopuolisista muuttujista.

Valikoitumisharha on yksi keskeisistä vaikuttavuustutkimuksen harhan lähteistä silloin, kun käytetään havainnoivia tutkimusasetelmia (ks. esim. Rossi ym. 2004, 268–271). Tällöin koe- ja vertailuryhmiin valikoitumista ovat aiheuttamassa tekijät, jotka ovat yhteydessä tulosmuuttujaan. Valikoitumisharha on todennäköinen esimerkiksi silloin, kun sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjiksi valikoituvat korkean terveysriskin tai suuren palvelutarpeen omaavat henkilöt. Jos valikoitumista ei kontrolloida riittävästi, tutkimuksen tulokset voivat osoittaa, että palvelujen käyttö on yhteydessä heikentyneeseen terveyteen ja alentuneeseen hyvinvointiin. Tämänkaltaisten tulokset johtavat helposti päätelmään vaikuttamattomista palveluista, vaikka

havaittu käänteinen yhteys palvelujen käytön ja tulosmuuttujien välillä selittyykin koe- ja vertailuryhmän välisillä tarve-eroilla.

Seuraavassa esimerkissä 4 kuvataan valikoitumisharhan vaikutuksia ja kontrolloimista puolikokeellisella asetelmalla tehdyn nuorten osa-aikatyö -tutkimusesimerkin kautta (Monahan ym. 2011). Tämä esimerkki havainnollistaa myös sitä, kuinka koe- ja vertailuryhmät voidaan muodostaa silloin, kun satunnaistaminen ei ole mahdollista: koe- ja vertailuryhmän muodostamisessa hyödynnettiin tietoa siitä, oliko nuoren työmarkkinastatus muuttunut tutkimusaikana.

Esimerkki 4. Nuorten osa-aikatyö tutkimus

Nuorten osa-aikatyö -tutkimuksessa (Monahan, Lee & Steinberg 2011) toistettiin aiemmin julkaistun tutkimuksen (Steinberg, Fegley & Dornbusch 1993) analyysit käyttämällä valikoitumisharhan paremmin kontrolloivia analyysimenetelmiä. Tarkoituksena oli tutkia työtunneissa tapahtuvien muutosten vaikutusta nuoren tilanteeseen (koulutus, käyttäytyminen ja psykososiaalinen tilanne). Tutkimuksen kohderyhmänä olivat USA:ssa, Wisconsinissa ja Kalifornian pohjoisosassa asuneet lukion ensimmäisen ja toisen vuosikurssin opiskelijat (N=1 792). Aineisto kerättiin vuosina 1987–1988 ja 1988–1989 yhdeksästä koulusta, jotka valittiin erilaisilta asuinalueilta.

Alkuperäisen analyysin mukaan koulun ohella tapahtuva intensiivinen työskentely (yli 20 h/vko) ennusti heikompaa akateemista menestystä vuoden seurantajaksolla. Kyseessä oli siis pitkittäisaineisto, jossa tutkijat kontrolloivat (*time-lagged controls* -menetelmällä) demografisia tekijöitä ja alkumittausten arvoja.

Myöhemmin havaittiin, että tulokset saattaisivat osin selittyä valikoitumisharhalla. Sen vuoksi toistetussa tutkimuksessa nuoret jaettiin koe- ja vertailuryhmään sen mukaan, oliko nuoren työskentelystatuksessa tapahtunut muutosta vai ei käyttäen *propensity score* -kaltaistamismenetelmää. Valikoitumisharhan kontrolloimisessa hyödynnettiin kaikkiaan 22 muuttujaa, jotka mitattiin nuorten aloittaessa yhdennentoista opiskeluvuotensa (aika 1; ks. tarkemmin Monahan, Lee & Steinberg 2011). Muuttujat liittyivät siihen, kuinka todennäköisesti nuori on työllinen tai työtön. Lisäksi tutkimusta toistettaessa puuttuvat tiedot korvattiin hyödyntäen moni-imputointia *(multiple imputation).*

Toistetussa tutkimuksessa havaittiin, että jos nuori ryhtyy tekemään enemmän kuin 20 tuntia osa-aikatyötä viikossa, hänen koulumenestyksensä heikkenee ja ongelmakäyttäytyminen lisääntyy. Kaksi eroavaisuutta suhteessa alkuperäiseen tutkimukseen tuli kuitenkin esille: enemmän työskennelleet nuoret eivät toistoanalyysin mukaan luottaneet heikommin itseensä. Lisäksi koko vuoden yli 20 tuntia viikossa työskennelleillä havaittiin heikohko keskiarvon kohoamistrendi, jota saattoi selittää se, että nämä opiskelijat hakeutuivat helpommille kursseille.

Lähde: Monahan ym. (2011)

Esimerkki 4 osoittaa siis sen, että valikoitumisharhan kontrolloimiseen ei havainnoivassa tutkimusasetelmassa riitä pelkästään tulosmuuttujiin (nuorten koulumenestys) vaikuttavien tekijöiden vakioiminen. Koska puolikokeellisesta tutkimuksesta puuttuu tutkittavien satunnaistaminen koe- ja vertailuryhmiin, tulee lisäksi vakioida mahdollisimman tarkasti ne tekijät, joiden vaikutuksesta tutkittavat valikoituvat joko koe- tai vertailuryhmään. Tässä tutkimuksessa päätulos pysyi samana valikoitumisharhan kontrolloimisen jälkeen, mutta joissain tapauksissa tulokset voivat vinoutua pahemminkin, jollei valikoitumisharhaa korjata analyysiteknisesti.

Valikoitumisharhan lisäksi muita tavallisimpia harhan lähteitä havainnoivissa tutkimusasetelmissa ovat **ajalliset muutokset** (*secular trends*), **väliin tulevat tapahtumat** (*interfering events*) ja **luonnollinen kehittyminen** (*maturation*) (Rossi ym. 2004, 272[16]). Näistä ajalliset muutokset viittaavat tilanteeseen, jossa yhteiskunnassa, alueella tai yhteisössä tapahtuvat muutokset edistävät tai heikentävät tutkitun palvelun todellista vaikutusta. Tällainen tilanne syntyy esimerkiksi silloin, kun tutkitaan työllisyystoimenpiteen vaikutusta työllisyyteen noususuhdanteessa, jolloin työllisyystrendi on kohentuva ilman erillisiä työllisyystoimiakin. Väliin tulevat tapahtumat puolestaan viittaavat tilanteeseen, jossa jokin tutkitusta palvelusta riippumaton tapahtuma vaikuttaa tutkimustuloksiin. Esimerkiksi jos tutkittaisiin hoitajamitoituksen vaikutusta vanhuspalvelujen laatuun, täytyisi huomioida myös tutkimusaikana terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvat muutokset ja niiden mahdolliset vaikutukset hoidon laatuun. Luonnollinen kehittyminen viittaa jo aiemmin sivuttuun ilmiöön eli siihen, kuinka osa muutoksista ei välttämättä johdu interventiosta vaan luonnollisesti tapahtuvasta kehittymisestä. Esimerkiksi lasten lukutaitoa arvioitaessa kehitystä tapahtuu sekä luonnollisesti että tutkittavan intervention seurauksena, jolloin vaikutuksen

---

16 Katso lisätietoa sisäisen validiteetin uhkista esim. Robson (2001, 92–93) ”Käytännön arvioinnin perusteet” teoksesta

arvioiminen puhtaasti intervention tulokseksi voi tuottaa harhaisen estimaatin. (esim. Robson 2001, 92–93; Rossi ym. 2004, 272–273.)

Epävarmuustekijöiden kontrolloiminen tilastollisten analyysimenetelmien avulla

Esittelemme seuraavaksi erilaisia tilastollisia analyysimenetelmiä, joiden avulla on mahdollista vähentää ja kontrolloida erilaisten tilastollisten harhojen, erityisesti valikoitumisharhan, mahdollisuutta. Näitä ovat: koe- ja vertailuryhmien kaltaistamisessa käytetyt menetelmät, kuten *propensity score*-menetelmä, regressiomenetelmät, regressioepäjatkuvuusmenetelmä, instrumenttimuuttujien käyttäminen ja *difference in difference* -analyysimenetelmä (ks. esim. Pekkarinen 2006; Blundell & Dias 2009; Loi & Rodrigues 2012). Tutkija voi esittämiemme lähteiden avulla perehtyä näihin menetelmiin tarkemmin ja valita omaan vaikuttavuustutkimukseensa soveltuvan analyysistrategian.

Koe- ja vertailuryhmien kaltaistaminen

Havainnoivissa tutkimusasetelmissa ei ole satunnaisesti muodostettua koe- ja kontrolliryhmää, jolloin verrattavat ryhmät muodostetaan usein jälkikäteen kerätyn aineiston avulla. Koeryhmä saadaan tällöin useimmiten suoraan aineistosta (esim. kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset), mutta vertailuryhmän muodostamiseksi joudutaan käyttämään jotain **kaltaistamismenetelmää** (*matching*), jotta ryhmät saataisiin vertailukelpoisiksi (ks. Rossi ym. 2004, 285–288). Yksinkertaisimmillaan kaltaistaminen voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että vertailuryhmään poimitaan henkilöitä, jotka ovat sukupuoli- ja ikäjakauman tai ammattiaseman mukaan samanlaisia kuin koeryhmään kuuluvat henkilöt.

Hienostuneempaa kaltaistamismenetelmää sen sijaan edustaa **propensity score -menetelmä** (ks. Rosenbaum & Rubin 1983, 1984;

Rossi ym. 2004, 285–288): Siinä koeryhmään kuulumisen todennäköisyyttä mallinnetaan aluksi logistisen regressioanalyysin avulla. Tämän jälkeen mallin avulla etsitään verrokit, jotka eivät ole olleet toimenpiteen kohteena, mutta joilla on lähes yhtä suuri todennäköisyys päätyä intervention kohteeksi kuin koeryhmään kuuluvilla henkilöillä. Kaltaistetulla aineistolla voidaan lopuksi laskea valikoitumisharhasta puhdistetut estimaatit palvelun tai hoidon vaikutuksille. Menetelmän toimivuus valikoitumisharhan kontrolloinnissa riippuu siitä, miten hyvin ja missä määrin valikoitumista aiheuttavia tekijöitä kyetään mittaamaan, havaitsemaan ja mallintamaan. Jos merkittävä osa valikoitumisesta aiheutuu tutkijalle havaitsemattomista tekijöistä, menetelmän sovellettavuus valikoitumisharhan kontrolloimisessa heikkenee.

Empiirisissä tutkimuksissa *propensity score* -menetelmää on sovellettu esimerkiksi tutkittaessa lastensuojelun sijaishuollon asiakkuuden vaikutuksia koulutukseen, rikollisuuteen ja erilaisiin käyttäytymishäiriöihin (esim. Berger, Bruch, Johnson, James & Rubin 2009; Väisänen, Linnosmaa, Kestilä, Paananen & Gissler 2014) sekä nuorten työmarkkina-aseman vaikutuksia koulumenestykseen (ks. esimerkki 4, Monahan ym. 2011). Väisänen ja tutkijakumppanit (2014) esimerkiksi lähtevät liikkeelle havainnosta, jonka mukaan sijaishuollon entiset asiakkaat ovat matalammin koulutettuja ja he tekevät enemmän rikoksia kuin ikätoverinsa. Rikollisuus ja matala koulutus eivät kuitenkaan ole välttämättä seurausta sijaishuollon laadusta vaan asiakkaiden valikoitumisesta. Sen vuoksi sijaishuollon vaikuttavuuden arvioimiseksi he muodostivat sijaishuoltoon sijoitetuille vertailuryhmän ei-sijoitettujen joukosta. Tämä tapahtui laskemalla todennäköisyydet lapsen kodin ulkopuoliselle sijoitukselle taustamuuttujien suhteen, minkä jälkeen ei-sijoitettujen joukosta haettiin vastinparit, joiden todennäköisyys joutua sijoitetuksi oli taustamuuttujien osalta lähes yhtä suuri kuin sijoitetuilla. Tutkimuksen tulokset kuitenkin osoittivat, että sijaishuolto ei keskimäärin ollut vaikuttavaa. Kodin ulkopuolisessa sijoituksessa olleiden nuorten

koulutus jäi matalammaksi ja he tekivät enemmän rikoksia kuin ikätoverinsa. (Väisänen ym. 2014.)

Regressiomalliin perustuvat menetelmät

Usein vastinpareja on kuitenkin hankala löytää, koska kaikkia olennaisia taustamuuttujia ei ole mitattu tai vastinpareja ei kyetä muodostamaan havaittujen muuttujien avulla. Jälkimmäisessä tilanteessa voidaan kuitenkin hyödyntää erilaisia regressiomallinnuksen tekniikoita. Regressiomalleihin voidaan ottaa joko aineistossa jo olevia, havaittuja, tai rekisteriaineistoista saatavia kontrollimuuttujia, joiden suhteen koe- ja vertailuryhmät eroavat, vaikka niiden perusteella ei muodostettaisikaan vastinpareja. Kontrollimuuttujien lisäämisellä pyritään vähentämään **puuttuvien muuttujien harhaa** (*omitted variable bias*). **Kontrollimuuttujien hyödyntäminen** ryhmien kaltaistamisessa onkin osin syrjäyttänyt vastinparien etsimisen (Rossi ym. 2004, 279), sillä kaltaistamiseen perustuvat menetelmät tyypillisesti vähentävät analyysissa käytettävien havaintojen lukumäärää. Joissakin tapauksissa, etenkin jos aineisto on suuri, koe- ja vertailuryhmien kaltaistaminen voi myös olla työlästä.

Kontrollimuuttujien käyttäminen on tarpeellista usein esimerkiksi palkkaeroja vertailtaessa. Peter Rossi kollegoineen (2004, 279–281) tarjoaa tästä kuvitteellisen esimerkin, jossa 35–40-vuotiaat miehet ovat osallistuneet työllisyysprojektiin. Ennen kontrollimuuttujien käyttämistä tulokset osoittavat, että projektiin osallistuneet tienasivat 0,45 dollaria vähemmän kuin ne, jotka eivät siihen osallistuneet. Rossi kollegoineen (2004, 281) kuitenkin toteaa, että tulokset ovat harhaisia, koska projektiin osallistuneiden joukossa on enemmän matalan koulutuksen saaneita. Siten koulutuksen kontrolloiminen tämänkaltaisissa tutkimuksissa on tarpeen. Käytännössä tutkimuksissa hyödynnetäänkin lähes aina kontrollimuuttujia, joiden tiedetään vaikuttavan tulosmuuttujaan eli tässä tapauksessa palkkoihin. Tästä huolimatta kontrollimuuttujien käyttökään ei takaa sitä, että

valikoitumisharhan vaikutus tuloksiin poistuisi täysin. Esimerkiksi palkkaerojen tapauksessa on mahdollista, että projektiin osallistuneet ovat olleet motivoituneempia löytämään työtä projektin jälkeen, mikä voi selittää ryhmien välisiä palkkaeroja. Osallistujien motivaatiotasoa on kuitenkin hankala saada mallinnettua kontrollimuuttujien avulla. (Rossi ym. 2004, 281.)

Regressioepäjatkuvuus

Valikoitumisharhaa voidaan myös kontrolloida **regressioepäjatkuvuusmenetelmän** (*regression discontinuity design*) avulla, jota voidaan käyttää, jos tutkittuun palveluun osallistuminen riippuu ratkaisevasti tietyn jatkuvan muuttujan kynnysarvosta (ks. esim. Thistlethwaite & Campbell 1960; Venkataramani, Bor & Jena 2016). Tällöin voidaan olettaa, että tutkittavat ihmiset juuri kynnysarvon alapuolella ovat havaittavilta ja havaitsemattomilta ominaisuuksiltaan samanlaisia kuin juuri kynnysarvon yläpuolelle jäävät ihmiset. Siten arvioimalla tulosmuuttujien arvoja kynnysarvon ala- ja yläpuolelle jäävien tutkittavien osalta voidaan arvioida intervention vaikuttavuutta.

Regressioepäjatkuvuusmenetelmää on sovellettu esimerkiksi tutkittaessa, onko lihavuudella vaikutusta palkkatuloihin (Levasseur 2019). Pierre Levasseur (2019) käytti painoindeksille määriteltyjä viitearvoja jakaakseen tutkittavat ylipainon (BMI=25 kg/m^2) ja liikalihavuuden (BMI=30 kg/m^2) kynnysarvojen ylä- ja alapuolelle jääviin, jonka jälkeen hän vertaili ryhmien välisiä palkkaeroja. Keskeisenä oletuksena tutkimuksessa oli, että BMI:n raja-arvot toimivat satunnaistavina tekijöinä, jolloin raja-arvojen ympäristöön sijoittuvat henkilöt ovat samanlaisia taustamuuttujien osalta muodostaen luonnollisen koe- ja vertailuryhmäasetelman. Tätä taustaa vasten tutkimuksessa voitiinkin päätellä, ettei ylipaino (BMI>25 kg/m^2) itsessään toimi Meksikon työmarkkinoilla palkkatuloon vaikuttavana tekijänä, mutta siirtymä ylipainosta liikalihavuuden (BMI>30 kg/m^2) puolelle vähentää tuntipalkkaa noin 15 prosentilla.

Instrumenttimuuttujamenetelmä

Regressioepäjatkuvuusmenetelmän käyttö ei ole kuitenkaan aina mahdollista, sillä kaikissa tutkimuksissa ei voida selkeästi määritellä jatkuvaan muuttujaan perustuvaa kynnysarvoa. Tällöin voidaan turvautua muihin menetelmiin, kuten **instrumenttimuuttuja (IV) -menetelmään.** Tätä menetelmää voidaan käyttää, jos valikoituminen koe- tai vertailuryhmään riippuu kolmannesta, mallin ulkopuolisesta instrumenttimuuttujasta. Instrumenttimuuttujan täytyy korreloida interventioon osallistumisen kanssa ilman, että se vaikuttaisi suoraan tulosmuuttujaan. Toisin sanoen instrumenttimuuttuja vaikuttaa tutkittavaan tulosmuuttujaan ainoastaan interventioon osallistumisen välityksellä. Tällainen tilanne tulee usein vastaan niin sanotuissa ”luonnollisissa koetilanteissa”, joissa palveluun osallistuminen voi muistuttaa satunnaista johtuen IV-menetelmän soveltamisesta. (Pekkarinen 2006.)

Esimerkiksi Joseph Doyle (2013) kuvaa tutkimuksessaan hyvin samankaltaista tilannetta kuin aiempi *prospensity score* -menetelmää koskeva esimerkkimme (Väisänen ym. 2014). Molemmissa tutkimuksissa tarkastelun kohteena on kodin ulkopuolelle sijoittamisen vaikutus riskiin, että lapset päätyisivät nuorisorikollisiksi. Doyle (2013) nostaa esille, että *propensity score* -menetelmä ei välttämättä ole riittävä tutkittaessa sijaishuollon vaikuttavuutta. Menetelmässä oletetaan, että todennäköisyys tulla sijoitetuksi kodin ulkopuolelle ei riipu havaitsemattomista tekijöistä, mikä ei välttämättä pidä paikkaansa käytännön sovelluksissa. Hän esittää sen sijaan, että sijoituksen todennäköisyyteen vaikuttaa se, sattuuko lapselle ”tiukka” sosiaalityöntekijä, joka tekee sijoituspäätöksiä helpommin vai ”lempeä” sosiaalityöntekijä, joka ei vastaavassa tilanteessa olisi sijoittanut lasta kodin ulkopuolelle. Tällöin sosiaalityöntekijän valikoituminen toimisi satunnaistavana tekijänä tuottaen samalla niin sanotun luonnollisen koetilanteen. Tilanne täyttää instrumenttimuuttujalle asetetut ehdot: sosiaalityöntekijän valikoituminen vaikuttaa sijoitus-

päätökseen, mutta sillä ei ole suoraa yhteyttä tutkittavaan tulosmuuttujaan. Instrumenttimuuttujan käytöstä huolimatta Doylen (2013) tulokset sijoitusten rikollisuutta ehkäisevästä vaikutuksesta eivät olleet kuitenkaan imartelevia, sillä kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla oli edelleen suurempi todennäköisyys päätyä nuorisorikollisiksi kuin niillä lapsilla, joita ei ollut sijoitettu kodin ulkopuolelle.

Instrumenttimuuttujan käyttöön liittyy kuitenkin sellainen rajoitus, että se pätee ainoastaan tiettyihin marginaalitapauksiin, joihin instrumenttimuuttuja vaikuttaa. Esimerkiksi edellisessä esimerkissä instrumenttimuuttujalla kyetään arvioimaan nuorisorikollisuuden todennäköisyyttä niille nuorille, joiden tilanne sijoittamisajankohtana oli sellainen, että sijoituspäätös voi riippua sosiaalityöntekijän taipumuksesta tehdä kodin ulkopuolisia sijoituspäätöksiä. Sen sijaan malli ei kykene estimoimaan nuorisorikollisuuden todennäköisyyttä niille nuorille, jotka olisi sijoitushetkenä sijoitettu tai jätetty sijoittamatta kodin ulkopuolelle joka tapauksessa, riippumatta sosiaalityöntekijän taipumuksesta tehdä sijoituspäätöksiä. (Doyle 2013.)

Difference-in-differences -menetelmä

Lopuksi esitellään vielä **difference in difference (DID) eli erotuksen erotus -analysointimenetelmä**, joka on erittäin tehokas, kun valikoitumista koe- ja vertailuryhmiin aiheuttaa ajasta riippumaton havaitsematon tekijä. Menetelmän käytön edellytyksenä on, että tutkittavia on mahdollista seurata tietyn ajan verran. Menetelmää käytetään siten, että sekä koe- että vertailuryhmiä seurataan ennen interventiota (t_0) ja sitä seuraavalla ajanjaksolla, jolloin koeryhmä on käyttänyt tutkimuksen kohteena ollutta palvelua (ja vertailuryhmä ei ole saanut tätä palvelua) (t_1). Tällöin vähentämällä t_1 ajankohdassa mitatuista tulosmuuttujan arvoista t_0 ajankohdan arvot saadaan molemmista ryhmistä poistettua kiinteiden ja ajassa-muuttumattomien havaitsemattomien tekijöiden vaikutus tulosmuuttujaan. Tämän jälkeen koe- ja vertailuryhmien erotuksen vertailu taas poistaa ryhmille

yhteisen aikatrendin vaikutuksen intervention lopputulokseen. (ks. esim. Pekkarinen 2006; Loi & Rodrigues 2012, 32–38; Wing, Simon & Bello-Gomez 2018.)

Erotuksen erotus -analysointimenetelmää on hyödynnetty esimerkiksi saksalaisessa Michael Gebelin ja Jonas Voßemerin (2014) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin kuinka siirtymät työllisyyden ja työttömyyden välillä vaikuttavat terveyteen. Tutkimuksessaan he hyödynsivät *propensity score* -menetelmää ja erotuksen erotus -menetelmää (ns. DID-PMS: ks. Heckman, Ichimura & Todd 1997), jolloin he oletettavasti kykenivät kontrolloimaan niin havaittuja kuin havaitsemattomia terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Tutkijat kaltaistivat koe- ja vertailuryhmät *propensity score* -menetelmän avulla. Siten voitiin olettaa, että erotuksen erotus -menetelmään olennaisesti kuuluva oletus yhdenmukaisista ajallisista trendeistä koe- ja vertailuryhmän välillä (*parallel trends*) pitää paikkansa. Tällöin esimerkiksi ikääntymisen vaikutus koe- ja vertailuryhmän terveyteen on samanlainen. Tämän jälkeen Gebel ja Voßemer (2014) poistivat erotuksen erotus -menetelmää hyödyntämällä kiinteät havaitsemattomat vaikutukset koe- ja vertailuryhmistä ja ajasta (kuten ikääntymisestä) johtuvat vaikutukset terveydentilassa havaittavaan trendiin. Tulosten perusteella Gebel ja Voßemer (2014) kykenivät osoittamaan, että muutokset työllisyyden ja työttömyyden välillä vaikuttavat yksilön psyykkiseen, mutta eivät fyysiseen terveyteen. Fyysinen terveys kuitenkin vaikuttaa heidän analyysinsa mukaan työllistymisen todennäköisyyteen, minkä vuoksi myös fyysisen terveyden edistäminen olisi tärkeää aktivointipoliittisesta näkökulmasta ajateltuna.

Olemme edellä esitelleet erilaisia tilastollisia analyysitekniikoita, joita käyttämällä hoitojen ja palvelujen vaikuttavuutta voidaan tutkia erilaisilla havainnoivillakin tutkimusasetelmilla mahdollisimman luotettavasti. Jos erilaiset harhatekijät saadaan onnistuneesti kontrolloitua esimerkiksi edellä esiteltyjen tilastollisten menetelmien avulla, voidaan siis myös korkealaatuisilla havainnoivilla tutkimuksilla tuottaa luotettavaa ja käyttökelpoista tietoa, jonka avulla voidaan

kehittää sosiaali- ja terveyspalveluja käytännössä ja palvelujärjestelmätasolla. Vaikuttavuustutkimuksen uskottavuuden näkökulmasta on tärkeää, että tutkija raportoi huolellisesti sen, oliko koe- ja vertailuryhmien välillä alkumittauksessa tilastollisesti merkitsevää eroa, ja jos oli, saatiinko ryhmät toisilleen verrannollisiksi analyysiteknisin keinoin. Tutkimustuloksia raportoitaessa on myös kerrottava ne käytetyt tutkimusmenetelmät ja kohennustoimenpiteet, joiden avulla pyrittiin vähentämään tutkimustuloksiin vaikuttavia harhatekijöitä. On kuitenkin hyvä huomioida se, että havainnoivissa tutkimusasetelmissa ei koskaan voida täysin poissulkea sitä riskiä, että jokin muu tekijä, jota tutkimuksessa ei ole pystytty mittaamaan ja kontrolloimaan, voisi ollakin havaittua yhteyttä selittävä, niin kutsuttu **sekoittava tekijä** (*confounding factor*) (Rubin & Babbie 2008, 256). Tämä ”vastuuvapauslauseke” on tutkijan hyvä joka tapauksessa siis mainita havainnoivan tutkimuksensa tutkimusraportissa.

Kustannusvaikuttavuuden määrittely ja tutkiminen

Kustannusten määrittely ja mittaaminen

Toimenpiteiden tai palvelujen kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi tarvitaan tietoa terveys- ja hyvinvointivaikutusten ohella myös niiden kustannuksista: mitä kustannuksia arvioinnissa huomioidaan ja miten näitä kustannuksia mitataan. Tuotantokustannusten mittaamiseen tarvitaan tietoa sekä tuotoksen (kuvio 1) tuottamiseen tarvittavista panoksista (tai resursseista), kuten työvoimasta, koneista, laitteista tai materiaaleista, sekä näiden hinnoista. Taloustieteellisessä tutkimuksessa panosten ja tuotoksen määrien välisten suhteiden tarkastelussa usein käytetään niin sanottua **tuotantofunktiota**, jonka avulla voidaan arvioida tuotoksen tuottamiseen tarvittavien panosten määriä. Panosten hintana puolestaan suositellaan käytettäväksi **vaihtoehtoiskustannusta**, joka mittaa resurssin arvoa seuraavaksi parhaassa vaihtoehtoisessa käytössä. Esimerkiksi omaishoitajien

hoivan tarjoamiseen käytetyn ajan vaihtoehtoiskustannusta voidaan mitata palkalla, jonka omaishoitajat ansaitsisivat, jos he osallistuisivat palkkatyöhön omaishoidon sijasta (Van den Berg, Bleichrodt & Eeckhoudt 2005). Käytännössä kustannusten laskemisessa käytetyt hinnat eivät useinkaan vastaa vaihtoehtoiskustannusta, mutta hintoja voidaan yrittää korjata, että ne vastaisivat paremmin resurssien käytön taloudellista arvoa (esim. Brouwer, Rutten & Koopmanscharp 2010).

Palvelujen tuotannosta aiheutuvia kustannuksia voidaan luokitella sekä nykyisiin että tuleviin palvelujärjestelmän kustannuksiin ja järjestelmän ulkopuolisiin kustannuksiin (Brouwer ym. 2010). Palvelujärjestelmän kustannuksilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen ja mahdollisesti muiden olennaisten palvelujen tuotannosta syntyviä nykyisiä tai tulevia kustannuksia. Palvelujärjestelmän ulkopuolisiin kustannuksiin lasketaan potilaiden ja asiakkaiden palvelujen käyttämiseen tarvitseman ajan arvo ja tuottavuuskustannukset, joilla tarkoitetaan sairastumisesta aiheutuvia tuotannonmenetyksiä tai menetetyn vapaa-ajan arvoa (Schulpher 2010). Palvelujärjestelmän ulkopuolisia kustannuksia ovat myös esimerkiksi omaishoitajien ja läheisauttajien hoivan tarjonnasta syntyvät aikakustannukset.

Käytännön kysymys taloudellisessa arvioinnissa on, mitä **kustannuksia** palvelujen kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa huomioidaan. Taloustieteessä suositellaan huomioimaan kaikki palvelujen tuotannosta aiheutuvat kustannukset riippumatta siitä, kenelle tai milloin ne aiheutuvat. Tätä näkökulmaa kustannusten laskentaan kutsutaan **yhteiskunnalliseksi näkökulmaksi.** Koska yhteiskunnallinen näkökulma voi osoittautua haasteelliseksi, usein käytännön sovelluksissa käytetään **palvelujärjestelmän näkökulmaa** (esim. Edwards, Céilleachair, Bywater, Hughes & Hutchings 2007), joka huomioi ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon tai muiden olennaisten sektoreiden palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset.

Kustannusvaikuttavuuden määrittely ja arviointi

Palvelujen kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa tuotetaan tietoa palvelujen vaikuttavuudesta ja kustannuksista päätöksenteon tueksi. Kustannusvaikuttavuustutkimus edellyttää siis tietoa palvelujen vaikuttavuudesta, ja kustannusvaikuttavuusanalyysi voidaan myös yhdistää vaikuttavuustutkimukseen (ks. esim. O'Neill ym. 2013). Kustannusvaikuttavuustutkimuksen lähtökohta on tuottaa tietoa päätöksentekijöille, jotka pyrkivät tuottamaan mahdollisimman paljon terveyttä tai hyvinvointia käytössään olevilla rajallisilla voimavaroilla.

Kustannusvaikuttavuus on suhteellinen käsite, ja sen arviointi vaatii tietoa vähintään kahden palvelun tai hoidon kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa erotellaan toisistaan tilanteet, joissa päätöksentekijä kohdentaa rajallisia voimavaroja joko keskenään kilpaileviin (tai vaihtoehtoisiin) tai ei-kilpaileviin (tai riippumattomiin) hoitoihin tai palveluihin (esim. Meltzer & Smith 2011). Esimerkkeinä keskenään kilpailevista hoidoista voisivat olla simvastatiinin tai rosuvastatiinin käyttö kolesterolin hoidossa. Ei-kilpailevia hoitoja/palveluja voisivat olla verenpaineen hoidossa käytetyt terveyspalvelut ja ikääntyneelle henkilölle tarjotut arkipäivän selviytymistä tukevat sosiaalipalvelut.

Tarkastellaan seuraavaksi kustannusvaikuttavuuden arviointia tilanteessa, jossa terveydenhuollon päätöksentekijä kohdentaa rajallisia voimavaroja kahden vaihtoehtoisen hoidon, nykyisen ja uuden hoidon, tuottamiseen. Olkoon hoidon t terveyshyödyt (tai hyvinvointihyödyt sosiaalihuollossa) ja kustannukset E_t ja C_t, missä $t = 0$ viittaa nykyiseen hoitoon ja $t = 1$ uuteen hoitoon. Oletetaan, että päätöksentekijä tuntee hoitojen kustannukset ja terveyshyödyt. Tältä pohjalta hän arvioi hoitojen kustannusvaikuttavuutta ja päättää, kumpi hoito otetaan käyttöön.

Taulukossa 1 luokitellaan tilanteita, joihin sosiaali- ja terveyspalvelujen päätöksentekijä voi joutua. Jos uusi hoito on samanhintainen

tai halvempi (sarakkeet 2 ja 3 taulukossa 1) ja vähintään yhtä vaikuttava kuin vanha hoito (rivit 1 ja 2), olisi päätöksentekijän järkevää käyttää voimavarat uuteen hoitoon. Jos taas uusi hoito maksaa saman verran tai enemmän kuin vanha hoito (sarakkeet 1 ja 2) ja sen tuottamat terveyshyödyt ovat samat tai pienemmät kuin vanhan hoidon (rivit 2 ja 3), päätöksentekijän kannattaisi pitäytyä vanhan hoidon tuottamisessa.

Taulukko 1. Kustannusvaikuttavuuden arviointi

	Sarake 1: $C_1 > C_0$	Sarake 2: $C_1 = C_0$	Sarake 3: $C_1 < C_0$
Rivi 1: $E_1 > E_0$	A	1	1
Rivi 2: $E_1 = E_0$	0	1 tai 0	1
Rivi 3: $E_1 < E_0$	0	0	B

Kustannusvaikuttavuuden tulkinnassa on kysymys eri vaihtoehtojen välisestä arvottamisesta, jonka perusteena on olennaisesti **päätöksentekijän maksuhalukkuus.** Päätös esimerkiksi uuden hoidon valitsemisesta on kaikista kiistattomin silloin, kun uusi hoito on sekä edullisempi että vaikuttavampi kuin vanha hoito. Solut A ja B (taulukko 1) ovat päätöksentekijän kannalta haastavampia. Jos uusi hoito on vaikuttavampi ja kalliinpi kuin vanha hoito (solu A), tulee päätöksentekijän arvioida omaa maksuhalukkuuttaan tuotetusta lisäterveydestä. Koska hoitojen kustannukset ja terveyshyödyt ovat tiedossa, voidaan päätöksenteon avuksi laskea **inkrementaalinen kustannusvaikuttavuussuhde** (*incremental cost-effectiveness ratio, ICER*):

$$ICER = \frac{C_1 - C_0}{E_1 - E_0},$$

Inkrementaalinen kustannusvaikuttavuussuhde mittaa tuotetun lisäterveyden (tai lisähyvinvoinnin) hintaa siirryttäessä vanhasta hoidosta uuteen hoitoon (Drummond, Schulpher, Claxton, Stoddard & Torrance 2015). Jos päätöksentekijän maksuhalukkuus tuotetusta terveydestä on vähintään yhtä suuri kuin inkrementaalinen kustannus-vaikuttavuussuhde, voidaan uutta hoitoa pitää kustannusvaikuttavana, ja päätöksentekijän on järkevää käyttää niukat voimavarat uuteen hoitoon vanhan hoidon sijasta.

Jos uuden hoidon tuottamat terveyshyödyt ovat pienemmät kuin vanhan hoidon terveyshyödyt ja uusi hoito on halvempi kuin vanha hoito (ks. taulukko 1, solu B), uuteen hoitoon siirtyminen säästää, mutta tuottaa vähemmän terveyshyötyä kuin vanha hoito. Vaikka uusi hoito ei ole niin vaikuttava kuin vanha, päätöksentekijä voi olla halukas ottamaan sen käyttöön, jos sen aiheuttamat kustannussäästöt ovat riittävän suuret suhteessa menetettyihin terveyshyötyihin. Tämä tarkoittaa tietenkin sitä, että päätöksentekijä samalla hyväksyy sen, että uusi hoito tuottaa vähemmän terveyttä ja hyvinvointia kuin vanha hoito.

Havainnollistamme hoidon kustannusvaikuttavuuden tutkimista ja siihen perustuvaa päätöksentekoa esimerkillä 5, joka perustuu kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin (CGA) kustannusvaikuttavuusanalyysiin (Lundqvist, Alwin, Henriksson, Husberg, Carlsson & Ekdahl 2018). Koska CGA sekä maksaa enemmän että on vaikuttavampi kuin tavanomainen hoito, on päätöksentekijän arvioitava maksuhalukkuuttaan CGA:lla tuotetusta lisäterveydestä. Jos inkrementaalisen kustannusvaikuttavuuden kaavaa sovelletaan esimerkin 5 aineistoon (taulukko E5.1), voidaan todeta, että CGA:n inkrementaalinen kustannusvaikuttavuussuhde on hieman yli 46 000 euroa (ks. myös Lundqvist ym. 2018). Uusi hoito on kustannusvaikuttava, jos päätöksentekijän maksuhalukkuus ylittää CGA:n inkrementaalisen kustannusvaikuttavuussuhteen.

Esimerkki 5 Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin kustannusvaikuttavuuden tutkiminen

Lundqvist ja tutkijaryhmä (2018) tutkivat kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin (CGA) kustannusvaikuttavuutta suhteessa tavanomaiseen hoitoon. Tutkimuksen kohdeväestöön kuuluivat monisairaat yli 75-vuotiaat Ruotsin Norrköpingissä asuvat vanhukset, joilla oli vähintään kolme sairaalan vuodeosastohoitojaksoa viimeisen 12 kuukauden aikana. Kokonaisvaltaiseen geriatriseen arviointiin kuului hoitajan ja sosiaalityöntekijän kotikäynti, jonka aikana arvioitiin asiakkaan ravitsemusta ja sosiaalista ympäristöä. Lisäksi farmaseutti, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti arvioivat asiakkaiden lääkityksen ja toimintakyvyn. Koeryhmään kuuluville potilaille tehtiin henkilökohtainen palvelusuunnitelma geriatrian poliklinikalla. Kontrolliryhmään kuuluvat iäkkäät henkilöt saivat tavanomaista hoitoa.

Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin pitkän aikavälin vaikutuksia palvelujen kustannuksiin ja elämänlaatuun arvioitiin Markov-mallin avulla. Saatujen tulosten mukaan kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi maksaa enemmän, mutta tuottaa enemmän laatupainotettuja elinvuosia kuin tavanomainen hoito (taulukko E5.1).

Taulukko E5.1 Hoitojen kustannukset ja elämänlaatu, mukaillen Lundqvist ym. 2018, taulukko 2

	CGA	**Tavanomainen hoito**
Kustannukset:		
Perusterveydenhuolto	7 881€	8 477€
Polikliininen hoito[a]	24 569€	9 696€
Vuodeosastohoito	21 854€	21 381€
Kunnalliset palvelut	59 024€	49 095€
Kustannukset yhteensä	113 327€	88 649€
Elämänaatu:		
QALY:t	3,33	2,80

[a] geriatrinen ja muu polikliininen hoito yhdistetty

Lähde: Lundqvist ym. (2018).

Joissakin maissa sovelletaan kansallisia kustannusvaikuttavuuden kynnysarvoja uusien hoitojen tai menetelmien kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa. Esimerkiksi Englannissa suositellaan käytettäväksi terveydenhuollon hoitoja, joiden inkrementaalinen kustannus-vaikuttavuussuhde on enintään 30 000 puntaa[17] per niiden tuottama QALY (Drummond ym. 2015). Tämänkaltaiset kansalliset suositukset asettavat ylärajan tuotetun terveyshyödyn hinnalle ja ohjeistavat yksittäisiä terveydenhuollon päätöksentekijöitä heidän arvioissaan terveydenhuollon menetelmien kustannuksista ja hyödyistä.

Jos taloudellisen arvioinnin kohteena ovat ei-kilpailevat hoidot, joiden vaikuttavuutta voidaan mitata yhteismitallisesti, päätöksentekijä voi siis järjestää hoidot **kustannusvaikuttavuussuhteen** (kustannukset per terveyshyödyt) perusteella paremmuusjärjestykseen ja kohdentaa rajalliset voimavarat tehokkaimpien hoitojen tuottamiseen (esim. Meltzer & Smith 2011).

Vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimusten tulosten hyödyntämisen mahdollisuudet uudistuvalla sosiaali- ja terveysalalla

Olemme tässä artikkelissa käsitelleet vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden mittaamista, vaikuttavuustutkimukseen soveltuvia tutkimusasetelmia ja erilaisia analyysiteknisiä mahdollisuuksia erityisesti valikoitumisharhan kontrolloimiseen. Artikkelimme keskeinen viesti vaikuttavuustutkimusta ja kustannusvaikuttavuustutkimusta suunnitteleville on se, että tutkimukset on syytä suunnitella ja toteuttaa huolellisesti, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman luotettavia ja hyvin hyödynnettävissä päätöksenteossa.

Tutkijan on tärkeää valita luotettavat tulosmittarit sekä mahdollisimman vahva tutkimusasetelma. Vaihtoehtoisia tutkimusasetelmia ovat kokeelliset ja havainnoivaan aineistoon perustuvat asetelmat. Hoidon ja palvelujen vaikuttavuuden arvioinnissa on olennaista, että

[17] 30 000,00 GBP = 34 473,84 EUR, kun 1 GBP = 1,149128 EUR (https://valuuttamuunnin.com/ 28.4.2020)

tutkimuksissa pystytään tyydyttävästi vastaamaan vaikuttavuuden arvioinnin peruskysymykseen ja mittaamaan hoidon ja palvelujen vaikuttavuus mahdollisimman luotettavasti. Käytännön syiden takia usein päädytään käyttämään havainnoivia aineistoja ja havainnoivaa tutkimusasetelmaa täydennetään erilaisilla tilastollisilla analyysimenetelmillä, joilla kontrolloidaan erilaisia vaikuttavuuden arvioinnin harhalähteitä, erityisesti valikoitumisharhaa. Kun erilaiset harhojen lähteet onnistutaan huolellisen tutkimusprosessin ja analyysiteknisten keinojen avulla kontrolloimaan tyydyttävästi, myös havainnoivaan aineistoon perustuvalla tutkimusasetelmalla voidaan tuottaa palvelujärjestelmän ja käytäntöjen kehittämisen kannalta luotettavia tuloksia.

Vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimusten erityisyys tieteellisen tutkimuksen kentässä on se, että niiden tavoitteena on juuri tukea sosiaali- ja terveyspalvelujen käytäntöä ja päätöksentekoa. Tutkimustulosten sovellettavuutta käytännössä kuitenkin vaikeuttaa tutkimuksen ja käytännön erilainen aikajänne. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen tai päättäjä tarvitsee työssään ja päätöksenteossa välittömästi tai mahdollisimman pikaisesti hyödynnettävää tietoa. Erityisesti laadukkaan kokeellisen tutkimuksen toteuttaminen on usein kuitenkin hidasta ja kallista. Tieteelliset tutkimustulokset yleensä julkaistaan vertaisarvioiduissa lehdissä, joiden arviointiprosessit voivat kestää kauan. Tämä voi edelleen hidastaa tutkimustulosten välittämistä käytännön toimijoiden tietoon. Esimerkiksi näiden syiden takia ei ole itsestään selvää, että käytössä olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuus tai kustannusvaikuttavuus olisi todennettu tutkimuksen keinoin.

Yksi mahdollisuus tuottaa luotettavaa vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustietoa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen tueksi on parantaa mahdollisuuksia puolikokeellisten tutkimusasetelmien käyttämiseen. Laadukkaat valmiit ja tutkimuskäyttöön helposti saatavilla olevat aineistot mahdollistavat puolikokeellisten takautuvien tutkimusasetelmien käyttämisen. Puolikokeellisen tutkimusasetel-

man toteuttaminen yhdessä asianmukaisten analyysimenetelmien kanssa tuottaa soveltamiskelpoista tietoa ja on nopeampaa kuin kokeellisten tutkimusten tekeminen. Tässä suhteessa Suomessa tilanne on jo suhteellisen hyvä, koska suomalaista palvelujärjestelmää tarkastelevassa tutkimuksessa hyödynnetään laajasti lakisääteisiä rekisteriaineistoja, kuten esimerkiksi Kelan lääkekorvausrekisteriä ja THL:n ylläpitämää hoitoilmoitusrekisteriä (Hilmo).

Vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimuksen nykyistä ripeämpää toteuttamista edistäisivät tietenkin myös nykyistä laadukkaammat ja tietosisällöltään rikkaammat rekisteriaineistot, jotka soveltuisivat myös tutkimuskäyttöön. Olennainen edellytys tähän on erityisesti se, että rekisteritiedon keskitetty kirjaaminen toissijaisiin käyttötarkoituksiin etenee ja yleistyy valtakunnallisesti ja kattavasti sekä terveyden- että sosiaalihuollon raportointikäytänteisiin. Selkeä edistysaskel tässä suhteessa on Toisiolaki (L552/2019), joka mahdollistaa potilas- ja asiakasasiakirjoihin kirjattujen tietojen käytön asiakirjarakenteiden välityksellä myös erilaisiin toissijaisiin käyttötarkoituksiin, kuten tieteelliseen tutkimukseen, kehittämistoimintaan, opetukseen ja tietojohtamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietolupaviranomainen Findata vastaa toisiolain tarpeisiin toimien eri tahoja yhdistävänä voimana ja tuottaen anonymisoitua rekisteritietoa tutkijoiden käyttöön. Terveydenhuollon kansallisiin laaturekistereihin on kaavailtu pohjaksi myös Kanta-järjestelmän kautta keskitettyä tiedonkeruuta, joka toimisi niin, että tarvittavat rekisteritiedot voitaisiin poimia jatkossa Kanta-tietoaltaasta soveltuvilla poimintaehdoilla (ks. Jonsson ym. 2019, 144–145). Erityisesti sosiaalihuollon tietoinfrastruktuuria ja kirjaamiskäytäntöjä on vielä kehitettävä (Väyrynen, Ailio, Arajärvi & Forsell 2020, 4–5).

On toivottavaa, että lisääntyviä mahdollisuuksia hoitojen ja palvelujen vaikuttavuustiedon tuottamiseen ryhdytään hyödyntämään enenevässä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa. Tämä vaatii toiminnan aktiivista johtamista vaikuttavuustiedon lisääntyvän tuottamisen ja hyödyntämisen suuntaan.

Lähteet

Berger Lawrence M., Bruch Sarah K., Johnson Elizabeth I., James Sigrid & Rubin David 2009. Estimating the "Impact" of Out-of-Home Placement on Child Well-Being: Approaching the Problem of Selection Bias. *Child Development* 80(6), 1856–1876.

Blundell Monica & Dias Costa 2009. Alternative Approaches to Evaluation in Empirical Microeconomics. *Journal of Human Resources* 44(3), 565–640.

Brooks Richard 1996. EuroQol: the current state of play. *Health Policy,* 37(1), 53–72.

Brouwer Werner, Rutten Frans & Koopmanschap Marc 2010. Costing in economic evaluations. Teoksessa Drummond Michael & McGuire Alistair (toim.) *Economic evaluation in health care. Merging theory with practice.* Oxford University Press, Oxford, 68–93.

Chen Huye-Tsyh 2005. *Practical pogram theory. Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness.* Sage, United States of America, California, Thousand Oaks.

Craig Peter, Dieppe Paul, Macintyre Sally, Michie Susan, Nazareth Irwin & Petticrew Mark 2008. *Developing and evaluating complex interventions.* Medical Research council. https://mrc.ukri.org/documents/pdf/complex-interventions-guidance/

Dahler-Larsen Peter 2005. *Vaikuttavuuden arviointi.* Hyvät käytännöt menetelmä-käsikirja. FinSoc arviointiraportteja 3. Stakes, Helsinki.

Doyle Joseph 2013. Causal effects of foster care: An instrumental-variables approach. *Children and Youth Services Review* 35(7), 1143–1151.

Drummond Michael, Schulpher Mark, Claxton Karl, Stoddard Greg & Torrance George 2015. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* 4. painos. Oxford University Press, Oxford.

Edwards Rhiannon, Céilleachair Alan, Bywater Tracey, Hughes Dyfrig & Hutchings Judy 2007. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost-effectiveness analysis. *British Medical Journal* 334(7595), 682.

Fraser Mark 2009. *Intervention research: developing social programs.* Chapter 1. What is intervention research? Oxford University Press, Oxford, New York.

Gamerman Victoria, Cai Tianxi & Elsäßer Amelie 2018. Pragmatic randomized clinical trials: best practices and statistical guidance. *Health Services and Outcomes Research Methodology* 19(1), 23–35.

Gebel Michael & Voßemerin Jonas 2014. The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Social Science & Medicine* (1982) 108, 128–136.

Gottfredson Denise, Cook Thomas, Gardner Frances, Gorman-Smith Deborah, Howe George, Sandler Irwin & Zafft Katryn 2015. Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prevention Science* 16(7), 893–926.

Heckman James, Ichimura Hidehiko & Todd Petra 1997. Matching as an econometric evaluation estimator. Evidence from evaluating a job training programme. *Review of Economic Studies* 64(4), 605–654.

Ikonen Tuija & asiantuntijaryhmä 2019. Asiakasryhmäkohtainen tieto laadusta ja vaikuttavuudesta sosiaali- ja terveydenhuollon tiedolla johtamisessa ja ohjauksessa. Laaturekisterien asema palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 70, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4129-8

Jonsson Pia Maria, Pikkujämsä Sirkku & Heiliö Piia-Liisa (toim.) 2019. Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa - Toimintamalli, organisointi ja rahoitus. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 16/2019. Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-420-2

Kirk Roger 2013. *Experimental design. Procedures for the behavioral sciences.* 4. painos. SAGE Publications, Los Angeles, California.

Kivipelto Minna, Blomgren Sanna, Karjalainen Pekka & Saikkonen Paula 2013. *Vaikuttavaa aikuissosiaalityötä – arviointimalleista mittareihin. Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 8, Tampere. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-864-3

Komulainen Jorma, Vuorela Piia & Malmivaara Antti 2014. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 130(14), 1439–1444.

Lammintakanen Johanna, Rissanen Sari, Peronmaa-Hanska Erja, Joensuu Maarit & Ruottu Tiina 2016. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja perhehoidossa. Monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 68, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3851-9

L1326/2010. *Terveydenhuoltolaki*. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

L1301/2014. *Sosiaalihuoltolaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301

L552/2019. *Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä*. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552

Levasseur Pierre 2019. Implementing a regression discontinuity design to explore the heterogeneous effects of obesity on labour income: the case of Mexico. *Journal of Public Health* 27(1), 89–101.

Loi Massimo & Rodrigues Margarida 2012. *A note on the impact evaluation of public policies: the counterfactual analysis*, Munich Personal RePEc Archive Paper 42444, Germany: University Library of Munich. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/42444/

Lundqvist Martina, Alwin Jenny, Henriksson Martin, Husberg Magnus, Carlsson Per & Ekdahl Anne 2018. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the Age-FIT trial. *BioMed Central Geriatrics* 18(1), 32.

Malmivaara Antti & Komulainen Jorma 2014. Tutkimustiedon kriittinen arviointi: Luotettavaa vaikuttavuustietoa järjestelmällisistä katsauksista. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 130(16), 1635–1641.

McCoy Erik C. 2017. Understanding the Intention-to-treat Principle in Randomized Controlled Trials. *West Journal of Emergency Medicine* 18(6), 1075–1078.

McDavid James C., Huse Irene & Hawthorn Laura R.L. 2013. *Program evaluation and performance measurement. An introduction to practice.* 2. painos. SAGE Publications, Los Angeles.

Meltzer David & Smith Peter 2011. Theoretical issues relevant to the economic evaluation of health technologies. Teoksessa Pauly Mark, McGuire Thomas & Barros Pedro (toim.) *Handbook of Health Economics*, Vol 2. Elsevier, Nort Holland, 433–470.

Monahan Kathryn, Lee Joanna M. & Steinberg Laurence 2011. Revisiting the impact of part-time work on adolescent adjustment: distinguishing between selection and socialization using propensity score matching. *Child Development* 82(1), 92–112.

Ngandu Tiia, Lehtisalo Jenni, Solomon Alina, Levälahti Esko, Ahtiluoto Satu, Antikainen Riitta, Bäckman Lars, Hänninen Tuomo, Jula Antti, Laatikainen Tiina, Lindström Jaana, Mangialasche Francesca, Paajanen Teemu, Pajala Satu, Peltonen Markku, Rauramaa Rainer, Stigsdotter-Neely Anna, Strandberg Timo, Tuomilehto Jaakko, Soininen Hilkka & Kivipelto Miia 2015. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 385(9984), 2255–2263.

Netten Ann, Burge Peter, Malley Juliette, Potoglou Demetris, Towers Ann-Marie, Brazier John, Flynn Terry, Forder Julien & Wall Berry 2012. Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment* 16(16), 1–166.

O'Neill Donal, McGilloway Sinéad, Donnelly Michael, Bywater Tracey, Kelly Paul 2013. A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *The European Journal of Health Economics* 14(1), 85–94.

Paasio Petteri 2006. Yleinen ja erityinen viitekehys arvioinnista. *Hallinnon tutkimus* 25(3), Arvioinnin teemanumero, 92–107.

Pawson Ray & Tilley Nick 1997. *Realistic evaluation*. SAGE Publications, London.

Pekkarinen Tuomas 2006. Toimenpiteiden vaikutusten arviointi empiirisessä mikrotaloustieteessä. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 3, 307–320.

Prieto Luis & Sacristán José A 2003. Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health and Quality of Life Outcomes* 1(1), 80.

Rajavaara Marketta 2007. *Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen.* Väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Rannanheimo Piia & Jauhonen Hanna-Mari 2018. *Mihin reaalimaailman dataa tarvitaan? Näkökulmana lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden valvonta, arviointi (HTA) ja kansallinen ohjaus.* Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 44. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Robson Colin 2001. *Käytännön arvioinnin perusteet.* Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Suom. työryhmä: Tuija Lindqvist, Maisa Maaniittu, Eila Niemi, Petteri Paasio & Leea Paija. Tammi, Helsinki.

Rosenbaum Paul R. & Rubin Donald B. 1983. The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika* 70(1), 41–55.

Rosenbaum Paul R. & Rubin Donald B. 1984. Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. *Journal of the American Statistical Association* 79(387), 516–524.

Rossi Peter H., Lipsey Mark W. & Freeman Howard E. 2004. *Evaluation: A systematic approach.* 7. painos. Sage, Thousand Oaks Calif.

Rubin Allen & Babbie Eearl 2008. *Research Methods for Social Work.* Australia: Wadsworth/Thomson Learning, Belmont, CA.

Rutter Michael 1994. Beyond longitudinal data: causes, consequences, changes, and continuity. *Journal of consulting and clinical psychology* 62(5), 928–940.

Saarni Lea 2009. *Kontrolloitu interventiotutkimus koulupisteiden vaikutuksista koululaisten tuki- ja liikuntaelinten terveyteen.* Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 817. Tampere University Press, Tampere.

Sackett David L. 2011. Explanatory and pragmatic clinical trials: a primer and application to a recent asthma trial. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej* 121(7–8), 259–263.

Schulpher Mark 2010. The role and estimation of productivity costs in economic evaluation. Teoksessa Drummond Michael, McGuire Alistair (toim.) *Economic evaluation in health care. Merging theory with practice.* Oxford University Press, Oxford, 94–112.

Sintonen Harri 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Annals of Medicine* 33(5), 328–336.

Sintonen Harri & Pekurinen Markku 2006. *Terveystaloustiede*. WSOY, Porvoo.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä 2012. *Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti.* Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21, Helsinki.

Steinberg Laurence, Fegley Suzanne & Dornbusch Sanford M. 1993. Negative Impact of Part-Time Work on Adolescent Adjustment: Evidence From a Longitudinal Study. *Developmental psychology*, 29(2), 171–180.

Sund Reijo 2003. Utilisation of administrative register using scientific knowledge discovery. *Intelligent Data Analysis* 7(6), 501–519.

Sund Reijo, Nylander Olli & Palonen Tuula 2004. Raa'asta rekisteriaineistosta terveyspoliittisesti relevanttiin informaatioon. *Yhteiskuntapolitiikka* 69(4), 372–379.

Thistlethwaite Donald L. & Campbell Donald T 1960. Regression-discontinuity Analysis: An alternative to the ex post facto experiment. *Journal of Educational Psychology* 51(6), 309–317.

TOIMIA-tietokanta 2020. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti

Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Linna Miika, Torvinen Anna, Klemola Katja, Sinivuori Kari, Larsio Antti & Hörhammer Iiris 2017. *Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi.* Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-383-5

Töttö Pertti. 2004. *Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa.* Vastapaino, Tampere.

Valentijn Pim P. 2015. *Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care.* Dissertation. Tilburg University, The Netherlands. https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/9272073/Valentijn_Rainbow_16_12_2015.pdf

Van den Berg Bernard, Bleichrodt Han & Eeckhoudt Louis 2005. The economic value of informal care: a study of informal caregivers' and patients' willingness to pay and willingness to accept for informal care. *Health Economics* 14(4), 363–376.

Vedung Evert 1997. *Public policy and program evaluation*. Transaction Publishers, New Brunswick (U.S.A).

Venkataramani Theendar S., Bor Jacob & Jena Anupam B. 2016. Regression discontinuity designs in healthcare research. *British Medical Journal* 352(8050), i1216.

Virtanen Petri 2007. *Arviointi: arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen.* Edita, Helsinki.

Vuorela Piia, Malmivaara Antti, Komulainen Jorma & Jousilahti Pekka 2014. Tutkimustiedon kriittinen arviointi: Miten arvioin ja hyödynnän havainnoivan tutkimuksen tuottamaa tietoa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 130(15), 1545–1550.

Väisänen Antti, Linnosmaa Ismo, Kestilä Laura, Paananen Reija & Gissler Mika 2014. Sijaishuollon vaikutus koulutukseen ja rikollisuuteen, Teoksessa Mäklin S (toim.) *Terveystaloustiede 2014*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Työpaperi 3, 39–45. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere.

Väyrynen Riikka, Ailio Erja, Arajärvi Miina & Forsell Martta 2020. Sosiaalihuollon tiedonkeruu-uudistuksen kehittämispolku. Versio 1.0. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020051229433

Walton Marc, Powers John, Hobart Jeremy, Patrick Donald, Marquis Patrick, Vamvakas Spiros, Isaac Maria, Molsen Elizabeth, Cano Stefan & Burke Laurie 2015. Clinical Outcome Assessments: Conceptual Foundation—Report of the ISPOR Clinical Outcomes Assessment – Emerging Good Practices for Outcomes Research Task Force. *Value in Health* 18(6), 741–752.

Weinstein Milton C., Torrance George & McGuire Alistair 2009. QALYs: The Basics. *Value in Health* 12(1), 5–9.

Whitehead Sarah J. & Ali Shehzad 2010. Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *British Medical Bulletin* 96(1), 5–21.

WHO *Quality of Life*. https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/

Williams Alan 1996. QALYs and ethics: A health economist's perspective. *Social Science & Medicine* 43(12), 1795–1804.

Williams Hywel, Burden-Teh Esther & Nunn Andrew 2015. What is a Pragmatic clinical trial? *Journal of Investigative Dermatology* 135(6), 1–3.

Wing Coady, Simon Kosali & Bello-Gomez Ricardo A. 2018. Designing Difference in Difference Studies: Best Practices for Public Health Policy Research. *Annual Review of Public Health* 1(39), 453–469.

OSA II
Organisaatiot uuden edessä

Integroiva johtaminen

Anneli Hujala, Erja Mustonen, Charlotte Klinga, Johanna Lammintakanen, Sanna Laulainen & Helena Taskinen

Johdanto

Tässä artikkelissa tarkastelemme sosiaali- ja terveysalan integraatiota johtamisen ja erityisesti johtajien näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittaminen edellyttää sote-organisaatioissa työntekijöiden monialaisen yhteistyön (ks. Mönkkönen & Kekoni 2020 tässä julkaisussa) lisäksi myös sitä, että sote-organisaatioiden johtajat – sekä ylimmässä johdossa, keskijohdossa että lähijohdossa – toimivat yhteensovittavalla orientaatiolla. Monialainen yhteistyö sisältää paitsi ammattirajoja ylittävän yhteistyön myös erilaisia rakenteellisia rajoja (esim. toimiala-, organisaatio- ja toimintayksikkörajat) ylittävän yhteistyön. Integroivalla johtamisella tarkoitamme yhteisjohtamista tai yhteensovittavaa johtamista (ks. Perälä, Halme, Nykänen & työryhmä 2012; Määttä, Harkko & Kalm-Akubardia 2019) – eli johtamista yli näiden erilaisten rajojen joko organisaatioiden välillä

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 131–149.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

tai tietyn organisaation sisällä (ks. esim. Hujala, Laulainen, Taskinen, Aunola & Martikainen 2020).

Palvelujen yhteensovittamisesta hyötyvät erityisesti niin sanotut yhteisasiakkaat, jotka tarvitsevat palveluja yhtä aikaa monilta eri tahoilta. Palvelujärjestelmän erillisten 'siilojen', kuten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen, on toimittava yhdessä sekä asiakkaiden hoidon ja palvelun laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi että kustannusten kasvun hallitsemiseksi. Tämä onnistuu vain, jos myös eri siilojen johto on aidosti motivoitunut ja sitoutunut yhteistyöhön, antaa sille tukensa ja näyttää omalla esimerkillään mallia organisaatioiden muille toimijoille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä ja sen johtamista ohjataan rakenteellisen järjestelmätason ohjauksen, kuten 'varsinaisten sote-uudistusten', lisäksi monin eri tavoin. Esimerkiksi normatiivista ohjausta tehdään lainsäädännön kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön sisältyvät säännökset ohjaavat myös yhteistyön johtamista. Sosiaalihuoltolaki (L1301/2014) edellyttää ammattilaisten yhteistyötä, Terveydenhuoltolaki puolestaan ohjaa yhteistyöhön eksplisiittisesti myös johtamisen osalta: *"Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä."* (L1326/2010, 4§). Myös monet viimeaikaiset uudistukset, esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimat kärkihankkeet, kuten Koti- ja omaishoidon uudistushanke (I&O-kärkihanke 2016–2018) ja Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma (LAPE 2016–2019) edellisen hallituskauden aikana, pyrkivät ohjaamaan kunta- ja aluetason toimijoita asiakasryhmäkohtaisiin integroituihin toimintamalleihin (esim. perhekeskukset). Tällaiset muutossuunnat vaikuttavat myös johtajien työn luonteeseen.

Erilaiset organisaatio- ja ammattirajat ylittävä yhteistyö asettaakin uudenlaisia haasteita organisaatioiden johdolle (Kramer, Day, Nguyen, Hoelscher & Cooper 2019). Moniammatillisen yhteistyön

johtaminen on vaativaa jo yhdenkin organisaation sisällä: johdon tehtävänä on varmistaa yhteistyön sisäiset rakenteet ja antaa tukea työntekijöiden yhteistyön kehittämiselle ja käytännön toteuttamiselle. Oman organisaation tai yksikön johtamisen lisäksi vastuu eri toimialojen tai organisaatioiden välisestä monialaisesta yhteistyöstä on merkittävä muutos johtamistoiminnassa ja tuo johtamiseen vielä erityisiä lisäpaineita (Willumsen, Ahgren & Ødegård 2012).

Sosiaali- ja terveysalan johtajat ovat vastuussa monialaisen yhteistyön johtamisesta monin eri tavoin, riippuen siitä millaisesta organisaatiosta on kyse ja millä johdon tasolla he toimivat (ylin johto, keskijohto, lähijohto). Suomessa on tällä hetkellä (syksy 2020) noin kymmenen isoa julkista maakunnallista sote-yhtymää, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto, mukaan lukien perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito, on jo keskitetty saman hallinnon ja budjetin alle. Tosin yhdistetyissäkin organisaatioissa syntyy helposti uusia siiloja ja uudenlaisia rajapintoja, kun käytännön toiminta on joka tapauksessa organisoitava pienempiin toimialueisiin ja yksiköihin. Esimerkiksi Siun Soten eli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän organisaatiorakenteessa oli artikkelin kirjoittamishetkellä viisi toimialuetta: terveys- ja sairaanhoitopalvelut, ikäihmisten palvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut, ympäristöterveydenhuolto ja pelastuslaitosliikelaitos. Kullakin kuntayhtymän toimialueella on oma johtonsa. Jokainen toimialue jakaantuu edelleen useisiin osa-alueisiin, joilla myös on oma johtajansa. Maakunnallisten organisaatioiden ohella on edelleen olemassa erilaisia kuntayhtymiä ja muita sote-yhteistyön järjestämisen malleja. Myös yksittäisten kuntien organisaatioissa tarvitaan linkkejä eri hallinnonalojen kesken: esimerkiksi sivistystoimen palvelut ja työllisyyteen liittyvät niin sanotut kasvupalvelut ovat tärkeitä sote-alan kumppaneita. Julkisen sektorin yhteys yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoihin luo vielä omanlaisensa vaatimukset johtamisyhteistyölle.

Organisaatioiden ylin johto vastaa luonnollisestikin enemmän yhteistyön strategiasta ja rakenteista, keski- ja lähijohto puolestaan

sen käytännön koordinoinnista. Integroiva johtaminen on kuitenkin kaikkia johdon tasoja koskeva ilmiö. Työntekijöiden yhteistyön tukemisen lisäksi myös johtajien itsensä on opittava työskentelemään yhteistyössä muiden johtajien kanssa (ks. Laulainen, Zitting & Niiranen 2020 tässä julkaisussa). Olennaista integroivassa johtamisessa on se, että yhteistyö sinällään ei ole itseisarvo: sen tärkeimpänä lähtökohtana ja motiivina pitäisi olla vaikuttavien palvelujen tarjoaminen asiakaslähtöisesti, toisin sanoen palvelujen yhteensovittaminen asiakkaan kannalta mielekkäällä tavalla.

Tämän artikkelin tavoitteena on nostaa esiin johtamisen ja johtajien roolin merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujen integroinnissa. Tarkastelemme seuraavassa ensiksi sitä, miten johto luo perustan työntekijöiden asiakaslähtöiselle yhteistyölle ja toiseksi sitä, miten johtajat itse tekevät yhteistyötä keskenään. Aiemman tutkimuskirjallisuuden lisäksi pohdintamme perustuu tutkimus- ja kehittämishankkeisiin, joissa olemme olleet mukana.[1]

Johto monialaisen yhteistyön mahdollistajana

Monialainen yhteistyö ei synny itsekseen, vaan sille tulee luoda johtamisella selkeät rakenteet ja toimintatavat. Johdon tulee myös varmistaa, että toimintaa kehitetään osana työtä niin, että kaikki tahot, joita asia koskee, pääsevät mukaan kehittämistyöhön (ks. Laulainen ym. 2020 tässä julkaisussa). Se vahvistaa heidän toimijuuttaan ja osallisuuden kokemusta näissä prosesseissa (ks. esim. Kaihlanen, Laulai-

[1] Tässä artikkelissa on hyödynnetty Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen (Hujala & Lammintakanen 2018) tuloksia. Hankkeessa tutkittiin sote-ammattilaisten välistä yhteistyötä haastattelemalla sote-ammattilaisia, johtajia ja asiakkaita. Tutkimushanke toteutettiin tiiviissä yhteistyössä Parempi Arki -kehittämishankkeen kanssa, jonka kohderyhmänä olivat paljon palveluja tarvitsevat yhteisasiakkaat (Oksman 2017). Lisäksi tässä artikkelissa on hyödynnetty Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa -tutkimushankkeen (COPE) havaintoja yhteistyötä edistävästä osaamisesta (esim. Zitting, Laulainen & Niiranen 2019).

nen, Niiranen, Hietapakka & Sinervo 2019). Lisäksi on olennaista, että johto itse on sitoutunut yhteistyöhön ja tukee sitä jatkuvasti.

Perusta integroinnille alkaa organisaation rakenteista. Käytännössä asiakkaiden sote-palvelujen yhteensovittaminen asiakaslähtöiseksi tapahtuu nimenomaan työntekijöiden tasolla. Johto on vastuussa siitä, että työntekijöiden yhteistyölle on organisaatiotasolla olemassa sovitut rakenteet ja pelisäännöt. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksessa (Hujala & Lammintakanen 2018, 41) haastateltu johtaja painotti sitä, että johdon tehtävänä on laittaa rakenteet kuntoon, jotta työntekijät tietävät, miten toimia esimerkiksi eri tahoilta palveluja tarvitsevan yhteisasiakkaan kohdalla.

> … se on rakenne oltava, koska sen rakenteen kautta perustyöntekijät pystyy tuottamaan sen, mitä halutaan. Jos ei ole rakennetta, niin se [yhteistyö] jää liian paljon valinnan ja tilanteiden varaan. (Jx[2])

Organisaatioiden rakenteiden pitää siis tukea ja mahdollistaa selkeästi työntekijöiden yhteistyötä. Organisaatiotasolla yleisimpiä monialaista yhteistyötä mahdollistavia rakenteita ovat moniammatilliset tiimit, kuten kuntoutus- ja kotiutustiimit, jotka voivat olla joko pysyviä tai väliaikaisia toimintamalleja. Toinen yhteistyötä tukeva rakenne ovat eri tahojen yhteyksiä koordinoivat palveluohjaajat (case managerit) ja asiakas- tai palvelusuunnitelmat (Dunér & Wolmesjö 2015; ks. myös Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020 tässä julkaisussa). ICARE4EU-hankkeessa saatujen tulosten mukaan esimerkiksi monisairaiden potilaiden hoidon koordinoinnissa juuri moniammatilliset tiimit ja palveluohjaajat ovat koko Euroopan tasolla eniten käytössä olevia monialaisen yhteistyön malleja (Hujala, Taskinen & Rissanen 2017). Yhteistyötä voidaan toteuttaa myös palvelupolkujen tai palvelukokonaisuuksien avulla. Pirkanmaan sai-

2 Aineisto-otteet ovat Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksen (Hujala & Lammintakanen 2018) haastatteluista ja ne on merkitty seuraavasti: J=johtaja, numeroitu 1–9; T=tiimiläinen (sote-ammattilainen), numeroitu 1–14; x=puhujaa ei tunnistettu haastattelun tallenteelta.

raanhoitopiirin Perusterveydenhuollon yksikössä on rakennettu Monisairaan potilaan hoitoketju, jossa on otettu huomioon myös se, että erilaiset monisairaat tarvitsevat eri tavoin koordinoitua yhteistyötä (Terveysportti). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä todettiin, että sote-organisaatiot ovat maantieteellisesti hyvin eri vaiheessa edellä mainittujen monialaisten toimintamallien kehittämisessä (Lammintakanen, Rissanen, Peronmaa-Hanska, Joensuu & Ruottu 2016).

Yhteistyötä voidaan luoda myös jo olemassa olevien rakenteiden sisään. Erilaisten erikoisasiantuntijoiden jalkauttaminen perusammattilaisten joukkoon on yksi uudenlainen tapa luoda yhdyspintoja eri toimijoiden välille. Esimerkiksi psykologeja on jalkautettu neuvoloihin ja sosiaalityöntekijöitä sairaaloiden akuuttiosastoille. Tällaiset rakenteelliset ratkaisut tukevat yhdessä tekemistä ja helpottavat vastaamaan asiakkaiden kokonaisvaltaisiin palvelutarpeisiin.

Eräs rakenteellinen tai toiminnallinen yhteistyön muutos on myös se, että perinteisiä lähetekäytäntöjä on alettu korvata niin sanotuilla pikakonsultoinneilla. Etäyhteydellä, puhelimella tai suojatuilla ”piikkiviesteillä” pyritään aiempaa nopeamaan ja joustavampaan ad-hoc-tyyliseen tiedonvaihtoon ammattilaisten välillä. Uudet toimintatavat haastavat totuttuja rajoja ja niihin liittyviä byrokraattisia rutiineja, niillä ikään kuin *”pakotetaan tekemään yhteistyötä päivittäisessä toiminnassa”* (Hujala & Lammintakanen 2018, 38).

Yhteistyölle on siis jo olemassa erilaisia rakenteita, mutta ei riittävästi eikä tarpeeksi laajasti. Edellä mainitussa ICARE4EU-hankkeessa (Hujala, Taskinen & Rissanen 2017) selvitettiin monisairaiden potilaiden hoidon kehittämistä integraation avulla 30 Euroopan maassa. Selvitys kohdistui erilaisiin hankkeisiin ja toimintamalleihin, joita eri maissa oli toteutettu monisairaiden hoidon parantamiseksi. Monisairaiden hoidossa moniammatillista yhteistyötä tehtiin eniten perusterveydenhuollon sisällä; jossakin määrin se toteutui myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Sen sijaan terveydenhuollolla ei ollut juuri lainkaan yhteistyötä sosiaali-

huollon tai niin sanotun kolmannen sektorin tarjoaman epävirallisen hoivan kanssa.

Rajoja ylittävät rakenteet ja toimintatavat ovat hyvä lähtökohta yhteistyölle, mutta se ei vielä riitä. Johdolta edellytetäänkin erityistä yhteistyötä vahvistavaa osaamista (ks. esim. Zitting ym. 2019). Johdon tuki yhteistyölle on ensiarvoisen tärkeää. Jos työntekijöiden yhteistyön halutaan rakentuvan kestävälle pohjalle, johdon on annettava sille varaukseton tukensa. Moniammatillinen ja poikkihallinnollinen yhteistyö ovat kuuluneet juhlapuheissa jo vuosikymmeniä. Siitä huolimatta vaikuttaa siltä, että monialaisen yhteistyön toteuttaminen jätetään liian usein pelkästään työntekijöiden vastuulle.

Uusia yhteistyön malleja kehitetään usein erilaisissa hankkeissa. Ongelmana on, että nämä mallit eivät hankkeen loppumisen jälkeen jää elämään, vaikka ne olisivat hyviäkin, jos johto ei sitoudu jo alun perin hankkeen tavoitteiden tukemiseen. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeessa haastateltu johtaja kuvasi Parempi arki -hankkeessa todettuja ongelmia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakassuunnitelmien tekemiseen liittyen seuraavasti (Hujala & Lammintakanen 2018, 40):

> … en oo nähnyt sellasta täällä [alue X] sellasta johdon sitoutumista hankkeeseen, mikä oikeasti takais vaikka sen, että jossain käytännössä olisi määritelty, että nyt tämä organisaatio toimii niin, että asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. (J5)

Parempi arki -hankkeeseen (Oksman 2017) osallistuneet sote-ammattilaiset antoivatkin sekä risuja että ruusuja johdon sitoutumiselle yhteistyön kehittämiseen. Osa hankkeen monialaisista tiimeistä joutui toteamaan, että ”*johto ei konkreettisesti kuitenkaan ihan hirveesti tullut auttamaan*” (Tx) tiimien suunnittelemien uudenlaisten yhteistyömuotojen toteuttamisessa ja eteenpäin viemisessä (Hujala & Lammintakanen 2018, 40). Toisaalta jotkut kehittämistiimit viestittivät, että osa johtajista oli ottanut monialaisen yhteistyön edistämisen va-

kavasti. Eräs haastatelluista johtajista totesi johtajan oman asenteen merkityksestä seuraavasti (Hujala & Lammintakanen 2018, 41):

> Mä ajattelen, että johtajalta vaatii ainakin tällä hetkellä semmosta asennemuutoksen johtamista… Sit tarvii tietysti ensin tarkistaa oma asenne… koska jos sä oot ite jotenkin takkuinen sen asian kanssa, niin et sä pysty johtaa sillai… (J7)

Johdon tuki työntekijöiden yhteistyölle ei rakennu pelkästään ylhäältä-alas-suuntaisesti. Henkilöstön osallistaminen yhteistyön kehittämiseen alusta alkaen on perustavanlaatuinen johdon tukimuoto sen edistämiselle (Lammintakanen ym. 2016; ks. myös Laulainen ym. 2020 tässä julkaisussa). On kuitenkin ilmeistä, että uusia, totutut rajat ylittäviä yhteistyön toimintatapoja on vaikea jalkauttaa ilman johdon tukea. Vielä vaikeampaa on sitouttaa useamman organisaation johto hankkeiden tuloksena syntyneisiin rajat ylittäviin toimintamalleihin. Ongelmaksi voi muodostua myös se, että jos yhteistyörakenteet ovat kovin monia rajoja ylittäviä, niitä ei lopulta johda kukaan.

Johdon tuki yhteistyölle tiivistyy siinä, miten sen arvostus näkyy käytännössä. Yksi yhteistyön edistämisen keskeinen käytännön ongelma onkin se, että yhdessä tekeminen ei sisälly organisaation suoriutumisen mittareihin. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksessa todettiinkin, että johdon mielestä yhteistyö voi olla niin sanotusti ”negatiivinen suorite”. Toiminnan tuloksellisuutta seurataan erilaisten mittarien ja tilastojen avulla. Jos mittarit eivät tunnista ja ota huomioon monialaisen yhteistyön aikaa ja resursseja vaativaa luonnetta, se rajaa yhteistyön tekemistä.

Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksessa haastateltu työntekijä kuvasi mittaamisen ja suoriutumisen yhteyttä yhteistyön ongelmiin tilanteessa, jossa tavoitteena oli ollut saada erikoislääkäreitä mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön (Hujala & Lammintakanen 2018, 37):

> …siellä yks lääkäri toi esiin sen, että hän ei kovin mielellään osallistu tällaiseen, koska se ei näy hänellä suoritteena, kun hän osallistuu vain tällaiseen jonninjoutavaan ja että kun siihen, se merkitään jotenkin eri tavalla heidän kirjauksiinsa, ja se näkyy, se on hänelle negatiivinen suorite tämmönen. (T7)

Yhteistyön vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa, mutta sen huomioiminen ja sisällyttäminen suoriutumisen arviointiin jollakin tavalla voisi omalta osaltaan edistää sen käytännön toteutumista.

Parempi arki -kehittämishankkeessa kokeiltiin asiakkaiden ottamista konkreettisesti mukaan monialaiseen kehittämistyöhön. Asiakkaiden mukanaolo avasi monen sote-ammattilaisen silmät näkemään, miten eri alojen ammattilaiset voivat tuoda ongelman ratkaisuun erilaisia näkökulmia. Yhteiset asiakas-caset konkretisoivat hyötyjä, joita eri osapuolet voivat saavuttaa yhteistyön kautta. Näin hyöty konkretisoitui: hankkeessa mukana olleet ammattilaiset huomasivat, että he ovat usein tehneet työtä samojen asiakkaiden kanssa toisistaan tietämättä. Yhteistyön koordinoinnilla pystytään siis paitsi turvaamaan palvelujen jatkuvuus myös poistamaan päällekkäistä työtä. (Oksman 2017.)

Yhteenvetona johdon tuesta työntekijöiden monialaiselle yhteistyölle on seuraavassa listassa esitetty työntekijöiden toiveita sote-organisaatioiden johdolle sen edistämiseksi. Lista perustuu Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksen Parempi arki -kehittämishankkeen monialaisten tiimien haastatteluihin.

Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksessa haastateltujen työntekijöiden toiveet monialaisen yhteistyön johtamisesta kiteytyivät seuraavaan viiteen kohtaan (Hujala & Lammintakanen 2018, 38):

1. Rakenteet ja toimintamallit kuntoon. Organisaation rakenteiden on tuettava yhteistyötä ja palveluprosessin koordinaatiota. Johdon tuki ja sitoutuminen yhteistyöhön ovat ehdottoman tärkeitä, ja johtajien oma yhteistyö on osa toimintamalleja.
2. Tietojärjestelmät kuntoon. Tietojärjestelmät on laitettava kuntoon siten, että asiakastietojen vaihto onnistuu sujuvasti, nykyaikaisen tietoyhteiskunnan edellyttämällä tavalla.
3. Asiakasmittarit kuntoon. Asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit on uudistettava, jotta asiakas nähdään kokonaisuutena eikä monesta erillisestä kapeasta näkökulmasta. Asiakastyytyväisyyden, asiakkaan äänen tulee sisältyä mittaristoon.
4. Yhteydenpitojärjestelmät kuntoon. Sote-ammattilaisille on järjestettävä nykyaikaiset yhteydenpitojärjestelmät. Saman pöydän ääreen kokoontuminen ei ole tätä päivää, se vie turhaan resursseja. Perinteisen tiimityöskentelyn ja jäykkien lähetekäytäntöjen tilalle tarvitaan esimerkiksi mahdollisuuksia ad hoc -konsultaatioihin ja virtuaalisiin yhteistyöpalavereihin.
5. Organisaatioiden suorituskyvyn arvioinnin mittarit kuntoon. Suorituskyvyn arviointiin on lisättävä elementtejä, jotka antavat arvon sekä asiakkaan kanssa että muiden ammattilaisten kanssa tehtävään monialaiseen yhteistyöhön. Integraation käytännön tason toteuttaminen on muutakin kuin suoria asiakaskontakteja, ja se vaatii aikaa.

Johtajien keskinäinen yhteistyö

Suurin osa monialaisen yhteistyön tutkimuksesta on kohdistunut työntekijöiden välisen yhteistyön onnistumisen edellytyksiin ja esteisiin. Työntekijöiden yhteistyötä on tutkittu paljon ja monista näkökulmista (Glasby, Dickinson & Miller 2011; Willumsen ym. 2012; Cameron, Lart, Bostock & Coomber 2014; Morgan, Pullon & McKinlay 2015; Rämgård, Blomqvist & Petersson 2015; Liberati, Gorli & Scaratti 2016). Johtajan oma valmius yhteistyöhön toisten johtajien kanssa – tai siihen liittyvä muutosvastarinta – saattaa kuitenkin olla vähintäänkin yhtä kriittinen tekijä integraation onnistumisen kannalta kuin työntekijöiden asenteet.

Johtaminen on perinteisesti ymmärretty yksilölähtöiseksi toiminnaksi. Johtajan tärkeimpänä tehtävänä pidetään hänen oman yksikkönsä tai oman joukkonsa johtamista, ja useimmiten hän on yksin vastuussa omasta yksiköstään. Tästä lähtökohdasta ajateltuna johtajien keskinäinen yhteistyö ei ole itsestäänselvyys. Keskinäistä yhteistyötä hankaloittaa myös se, ettei johtajilla ole jaettua ymmärrystä johtamisesta ja sen tietoperustasta (Pihlainen, Kivinen & Lammintakanen 2019). Voi siis kysyä, miten tehdään yhteistyötä ja yhteensovitetaan johtamista, jos johtajilla ei ole yhteistä kieltä keskustella asiasta tai heillä on hyvin erilaisia tulkintoja siitä, mitä yhteensovitetaan.

Bihari Axelsson ja Axelsson (2009) pitävät oman vastuu- tai osaamisalueen suojelemista niin tyypillisenä, että he ovat lainanneet eläintieteestä reviirin (*territory*) käsitteen ja kuvaavat ilmiötä 'reviirin puolustamiseksi'. Ihmisillä reviirit ovat abstraktimpia kuin eläimillä: kyse voi olla omasta vastuualueesta organisaatiossa, tietystä asemasta tai ammatillisesta osaamisesta. Koska johtajalta odotetaan ennen kaikkea oman johdettavan yksikkönsä hyvää suoriutumista, se voi johtaa puolustautumiseen. Tällaisessa tilanteessa yhteistyö toisen vastuualueen johtajan kanssa näyttäytyykin uhkana, ei mahdollisuutena. Oman yksikön taloudellisia resursseja tai henkilöstövoimavaroja puolustetaan ja niistä halutaan pitää kiinni. Näin reviirin suojelemisesta tulee este yhteistyölle, rajoja halutaan pikemminkin vahvistaa kuin ylittää. Kun reviirin puolustamiseen liitetään mahdolliset onnistumiseen liittyvät palkkiot ja etuudet, yhteistyö voi olla johdollekin 'negatiivinen suorite', kuten edellä todettiin työntekijöiden osalta. Yhteistyö vie myös aikaa oman yksikön johtoon panostamiselta ja se voidaan nähdä siten uhkana oman yksikön menestymiselle. Kun johtajan suoriutumista arvioidaan sen perusteella, miten hänen oma yksikkönsä suoriutuu, johtajayhteistyö voidaan kokea uhkaksi myös johtajan oman uran kehittymiselle. (Bihari Axelsson & Axelsson 2009.)

Oman reviirin puolustaminen johtaa helposti osaoptimointiin, jossa oman yksikön suoriutuminen asetetaan koko organisaation yh-

teistä etua tärkeämmäksi. Yhteisen budjetoinnin eduista huolimatta johtaja voi kokea, että yhteistyötä tehdään hänen oman yksikkönsä kustannuksella (Bihari Axelsson & Axelsson 2009, 327). Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksessa haastatellut johtajat painottivat, että johtajien pitäisi nähdä oman yksikön sijaan koko organisaation kokonaisuus ja pyrkiä osaoptimoinnin sijaan kokonaisvaikuttavuuteen (Hujala & Lammintakanen 2018, 46):

> … ne rajat ei oo niinku pyhiä, siis siinä mielessä, että mä nään kaiken kuitenkin, että me ollaan yks kokonaisuus… sellanen osaoptimointi on musta täysin so-last-season… Mä uskon ja toivon, että muutkin tulosalueen johtajat ja toimialueen johtajat on sen koulukunnan ihmisiä. (J2)

Haastatellut johtajat painottivat, että osaoptimoinnin estäminen on ennen kaikkea organisaation ylimmän johdon tehtävä. Yhteistyöhön on oltava strategisen tason 'pakotus' ja sen onnistumista pitäisi mitata samoin kuin muitakin johdon suoriutumisen osa-alueita. Integraation lisääntyessä valmius ja motivaatio yhteistyöhön yli erilaisten rajojen on vahvistunut eri tason johtajien puheessa (Zitting ym. 2019, 385–388).

Seuraavassa on esitetty esimerkki ruotsalaisesta johtajien välisestä yhteistyöstä sosiaali- ja terveysalalla (Klinga, Hansson, Hasson & Sachs 2016). Esimerkissä tiivistetään niin sanotun parijohtajuuden käytännön tason kokemuksia yhteisjohtamisesta.

Parijohtajuuskokeilu Ruotsissa (Klinga ym. 2016)

Myös Ruotsissa sosiaali- ja terveyspalvelut ovat eri 'siiloissa': kunnat vastaavat sosiaalipalveluista, maakunnat terveyspalveluista. Johtajien koetaan olevan avainasemassa, kun paljon sote-palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon pirstaloituneisuutta pyritään korjaamaan ja jatkuvuutta lisäämään. Tukholmassa on toiminut jo vuodesta 1995 integroitu sote-organisaatio. Se koostuu neljästä sosiaali- ja terveyskeskuksesta, jotka tarjoavat sekä terveys- että sosiaalipalveluja yli 18-vuotiaille mielenterveysasiakkaille.

Jokaista neljää sote-keskusta johtaa kaksi samanvertaista lähijohtajaa. Kyseessä on niin sanottu parijohtajuus: kaksi johtajaa muodostavat yhden johdon, vaikka kummallakin johtajalla on oma taustaorganisaationsa (kunta tai maakunta), ja kumpikin on tilivelvollinen oman taustaorganisaationsa johdolle. Kumpaakin osa-aluetta myös säätelee erilainen lainsäädäntö, kuten Suomessakin. Charlotte Klinga tutkijakumppaneineen (Klinga ym. 2016) on tutkinut kyseisissä sote-keskuksissa parijohtajuutta. Seuraavassa on kuvattu tutkimuksen keskeisiä tuloksia.

Perusedellytys lähijohtajien yhteisjohtajuudelle on, että koko organisaation rakenteen on perustuttava integraatioon. Myös ylempien johtajien on oltava 'yhteisjohtajia'. Ylin johto on esimerkki ja kulttuurin luoja.

Parijohtajuuden osapuolilta vaaditaan henkilökohtaista sitoutumista yhteisjohtajuuteen. Johtaja ei johda yksin, vaan johtajan rooli on ymmärrettävä kollektiivisena toimintana. Kahden johtajan tasa-arvoisuuden on näyttävä sekä asiakkaille että työntekijöille. Kummallakin on oltava sekä kiinnostusta että halukkuutta johtaa yhdessä: on uhrattava aikaa yhteistyölle ja otettava oppia toiselta johtajalta, toisen vastuista ja toisen erilaisista sektorikohtaisista toiminnoista. ”Turhan arvovallan puuttuminen” (lack of prestige) on lähtökohtaisesti hyvä ominaisuus. Tarvitaan uskallusta antaa toisen vaikuttaa omaan päätöksentekoon ja on uskallettava tehdä ja hyväksyä virheitä – puolin ja toisin.

Parijohtajat vastasivat sote-keskuksessa yhteisesti tiimeistä, joissa oli työntekijöitä sekä mielenterveys- että sosiaalipalveluista – jotka siis myös tulivat erillisistä taustaorganisaatioista. Parijohtajilla oli yhteinen vastuu palveluista ja henkilökuntaresursseista. Se vaati ”anna ja ota” -asennetta ja joustavuutta resurssien jaossa. Lopputulos hyödytti molempia ja koko henkilökuntaa. Parijohtajilla oli yhteinen toimisto, mikä helpotti heitä pitämään toisensa ajan tasalla. Toisaalta se oli roolimalli myös työntekijöille, kun johtajien nähtiin tekevän työtä yhdessä. Lisäksi se mahdollisti sen, että lähes aina toinen johtajista oli paikalla.

Yhteinen päätöksenteko ei ollut helppoa, mutta hyödyt päihittivät haitat. Eräs haastateltava oli tiivistänyt parijohtajuutta näin (Klinga ym. 2016, 7): *”Actually, it's easier to lead alone than to be two leaders…It is more difficult but you get more out of it and you have to work more on yourself.”*

Parijohtajat kokivat, että osaaminen laajeni, kun kummankin erilainen tietotaito yhdistyi ja täydensi toistaan. Toimintamalli mahdollisti siten jatkuvan oppimisen ja itsensä kehittämisen. Johtajan itsensä jaksamista paransi se, että johtaja ei ollut yksin: kollegajohtajalta sai tarvittaessa varmuutta, tukea ja mentorointia.

Asiakkaiden asioista pystyttiin tekemään yhdessä nopeammat päätökset kuin jos sekä terveys- että sosiaalipalveluista olisi pitänyt päättää erikseen. Asiakkaasta syntyi kaikille parempi kokonaiskuva. Hyödyn saajana oli siis myös asiakas.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa johtajien yhteistyötä määrittävät samanlaiset tekijät, joita on havaittu moniammatillisessa ja -alaisessa yhteistyössä yleisemminkin (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez & Pineault 2008; Cameron ym. 2014; Fox & Reeves 2015). Yksi näistä on ammatillinen tausta, omaan asiantuntijuuteen erikoistuminen. Johtajan identiteetti nojaa tällöin vahvasti ammatilliseen ja/tai kliiniseen osaamiseen ja sen kehittymiseen (Vistbacka 2019). Yhteistyötä tehdään mieluummin toimialojen ja professioiden sisällä, ja tämä koskee myös johtajia. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimuksessa (Hujala & Lammintakanen 2018, 41) haastateltu johtaja tiivisti asiaa seuraavasti:

> …liian paljon ollaan niissä omissa, että lääketieteen puolella ollaan lääketieteen, yhtä lailla on se hoitotyön linja, johtamislinja… Vielä enemmän …pitäis taitaa sitä semmoista, että me yhdessä tehtäis sitä kehittämistyötäkin. (J2)

Ammatillisen reviirin puolustamiseen liittyykin Bihari Axelssonin ja Axelssonin (2009) mukaan monenlaisia taustatekijöitä. Koulutus tuottaa tietynlaisia, jopa lakiin perustuvia oikeuksia, velvollisuuksia ja vastuita, jotka vaihtelevat. Eri ammattiryhmillä voi olla myös hyvin erilaisia koulutuksesta kumpuavia eettisiä arvoja ja kulttuurisia toimintatapoja. Jopa tunnekulttuurit eli esimerkiksi se, mitä tunteita on soveliasta ilmaista ja millä tavalla, voivat olla erilaisia (Hujala & Oksman 2018). Ammatillinen tausta voi näkyä organisaatiossa eri ryhmien erilaisina etuoikeuksina ja statuksena, mistä voi seurata erilaisen asiantuntemuksen erilaiseen arvostamiseen ja valtaan liittyviä konflikteja. Byrokratia ja hierarkkinen organisaatiorakenne voivat edelleen vahvistaa näitä eroja. Ammatilliset reviirit voivat siten luoda rajoja ja puolustautumista ja vaikeuttaa monialaista yhteistyötä, myös johtajien osalta.

Suhtautumista ammatillisiin reviireihin voidaan vähitellen muuttaa sisällyttämällä ammatilliseen koulutukseen monialaisen yhteistyön elementtejä (ks. Kivinen ym. 2020 tässä julkaisussa). Tämän to-

tesi myös Onnistu sote-integraatiossa -hankkeessa haastateltu johtaja (Hujala & Lammintakanen 2018, 45):

> Kyllähän kaikki nää asiat… kirjottakaa isolla, tää pitää lähteä tää yhdessä tekeminen ja kaiken tään mahdollistaminen sieltä koulutuksesta. Että meidän koulutus on varmaan ehkä vieläkin, se on liian sosiaali tai terveys. (J2)

Johtajuuteen on perinteisesti liitetty paitsi yksilölähtöisyyttä myös yksinvaltiutta tukevan 'vahvan johtajan' myytti. Johtajien välisen yhteistyön on todettu olevan erityisen vaikeaa silloin kun on kyse yhteisestä päätöksenteosta (Klinga ym. 2016). Bihari Axelsson ja Axelsson (2009) toteavatkin, että johtajien voi olla vaikea 'antaa periksi' muille johtajille sen takia, koska heitä pidettäisiin silloin 'heikkoina' johtajina. Kun yhteistyö konkretisoituu johtajien väliseksi kilpailuksi vaikkapa niukoista resursseista, joustaminen voidaan mieltää myös huonoksi johtajuudeksi. Näin ajateltuna monialainen yhteistyö voidaan kokea esteeksi myös johtajan henkilökohtaiselle urakehitykselle.

Yhteenveto

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaslähtöinen yhteensovittaminen vaatii yhteistyötä paitsi työntekijöiden myös johtajien välillä. Johto huolehtii siitä, että työntekijöiden yhteistyölle – myös sektori- ja organisaatiorajat ylittävälle yhteistyölle – on sovitut rakenteet ja että sen toteuttamiseen on käytettävissä resursseja. Työntekijät osallistetaan mukaan monialaisen yhteistyön kehittämiseen, mutta heitä ei voi jättää yksin vastuuseen sen toteuttamisesta. Johtajien tuki ja aito sitoutuminen rajat ylittävään yhteistyöhön ovat sen onnistumisen edellytyksiä.

Johtajien omalle monialaiselle yhteistyölle on luotava toimintatavat, jotta se ei olisi satunnaista tai sattumanvaraista vaan olennainen osa johtamistyötä. Integroivalta johtajalta itseltään vaaditaan uudenlaista, horisontaalista orientaatiota johtamiseen. Hän

- tunnistaa, ketkä ovat – asiakaskokonaisuuksien näkökulmasta – hänen omia keskeisiä yhteistyökumppaneitaan johtajatasolla
- sopii monialaisen yhteistyön työnjaosta ja resurssienjaosta muiden johtajien kanssa
- ei rajoittaudu oman ammatti- tai johtajaidentiteetin puolustamiseen
- näkee johtajayhteistyön voimavarana ja mahdollisuutena oppia toisilta
- puuttuu palvelujen yhteensovittamisen ongelmiin, vaikka se vaatisi toisten 'tontille' menemistä
- pyrkii oman vastuualueensa suojelemisen ja osa-optimoinnin sijaan kokonaisuuden kannalta parhaaseen tulokseen.

Yhteistyön onnistumista tulisi arvioida kuten muitakin johdon suoriutumisen osa-alueita. Erityistä huomiota kannattaa kiinnittää johtajien yhteistyön kehittämiseen käytännön tasolla; tästä hyvänä esimerkkinä ovat perhekeskukset, joissa johtotason vuoropuhelu näyttää toimivan hyvin (ks. Hujala ym. 2020, 30–31, 47–48). Integroiva johtaminen vaatii koko organisaatiolta johtamisjärjestelmän tarkastelua ja yhteisistä periaatteista sopimista.

Lähteet

Bihari Axelsson Susanna & Axelsson Runo 2009. From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care* 23(4), 320–330.

Cameron Alisa, Lart Rachel, Bostock Lisa & Coomber Caroline 2014. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health & Social Care in the Community* 22(3), 225–233.

D'Amour Danielle, Goulet Lise, Labadie Jeand-Francois, Leticia San Martin-Rodriguez & Pineault Raynald 2008. A Model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 8(1), 1-14.

Dunér Anna & Wolmesjö Maria 2015. Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work* 18(3), 354–369.

Fox Ann & Reeves Scott 201. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care* 29(2), 113–118.

Glasby Jon, Dickinson Helen & Miller Robin 2011. Partnership working in England – where are we now and where we've come from. *International Journal of Integrated Care*, 11 (Special 10th Anniversary Edition). http://doi.org/10.5334/ijic.545

Hujala Anneli & Lammintakanen Johanna 2018. *Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön*. Kunnallisalan kehittämissäätiö, julkaisu 12. Helsinki. https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon/

Hujala Anneli, Laulainen Sanna, Taskinen Helena, Aunola Anniina & Martikainen Jari 2020. *Sote-johtajien yhteistyö: Neljä näkökulmaa integroivaan johtamiseen*. Itä-Suomen yliopisto. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-3408-6/

Hujala Anneli & Oksman Erja 2018. Emotional Dimensions of Integrated Care for People with Multiple Complex Problems. *Administration Sciences* 8(4), 59–72.

Hujala Anneli, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2017. H*ow to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe? On behalf of the ICARE4EU consortium*. Policy brief 26, Health systems and policy analysis. European Observatory on Health systems and Policies, Brussel. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/337589/PB_26.pdf

Kaihlanen Anu, Laulainen Sanna, Niiranen Vuokko, Hietapakka Laura & Sinervo Timo 2019. "Yrittäny vaan kestää pinnalla tai sil, pelastuslautalla". Sote-henkilöstön näkemyksiä sosiaali- ja

terveydenhuollon muutosten keskeltä. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2), 152–164.

Kivinen Tuula, Vanjusov Heidi & Vornanen Riitta 2020. Asiakkaan ääni: osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 267–293.

Klinga Charlotte, Hansson Johan, Hasson Henna & Sachs Magna Andreen 2016. Co-Leadership – A Management Solution for Integrated Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care* 16(2), 1–9.

Kramer Michael W., Day Eric Anthony, Nguyen Christopher, Hoelscher Carrisa S & Cooper Olivia D 2019. Leadership in an interorganizational collaboration: A qualitative study of a statewide interagency taskforce. *Human Relations* 72(2), 397–419.

L1326/2010. *Terveydenhuoltolaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

L1301/2014. *Sosiaalihuoltolaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301

Lammintakanen Johanna, Rissanen Sari, Peronmaa-Hanska Erja, Joensuu Maarit ja Ruottu Tiina 2016. *Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Monialaisen ja ammattiryhmäkohtaisen toiminnan käytännöt ja rakenteet*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 68. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Laulainen Sanna, Zitting Joakim & Niiranen Vuokko 2020. Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 151–177.

Liberati Elisa Giulia, Gorli Mara & Scaratti Giuseppe 2016. Invisible walls within multidisciplinary teams: disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Social Science & Medicine* 150, 31–39.

Morgan Sonya, Pullon Susan & McKinlay Eileen 2015. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies* 52(7), 1217–1230.

Määttä Anne, Harkko Jaakko, Kalm-Akubardia, Maija 2019. Monialaisen yhteispalvelun johtamisjärjestelmä ja yhteensovittavan johtamisen mahdollisuus. Teoksessa Rajavaara Marketta, Määttä Anne, Kokko Riitta-Liisa & Tarkiainen Laura (toim.) *Aktivointipolitiikkaa yhteisin palveluin. Näkökulmia työllistymistä edistävään monialaiseen yhteispalveluun*. Kela, Helsinki, 88–101.

Mönkkönen Kaarina & Kekoni Taru 2020. Monitoimijaisuus työntekijän haasteena. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 215–240.

Oksman Erja 2017. *Parempi Arki -hankkeen loppuraportti*. https://pikassos.fi/aineistot/category/170-parempi-arki

Perälä Marja-Leena, Halme Nina, Nykänen Sirpa & työryhmä 2012. *Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittava johtaminen*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-529-1

Pihlainen Vuokko, Kivinen Tuula & Lammintakanen Johanna 2019. Experts' perceptions of management and leadership competence in Finnish hospitals in 2030. *Leadership in Health Services* 32(2), 280-295. https://doi.org/10.1108/LHS-12-2018-0060

Ristolainen Hanna, Roivas Päivi, Mustonen Erja & Hujala Anneli 2020. Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 241–266.

Rämgård Margareta, Blomqvist Kerstin & Petersson Pia 2105. Developing health and social care planning in collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 29(4), 354–358.

Terveysportti. *Monisairaan hoitoketju*. https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00973

Vistbacka Stiina 2019. *Työuran merkitykselliset tapahtumat ja kasvu johtajaksi sairaalaorganisaatiossa*. Väitöskirja. Acta Wasaensia 420. Vaasan yliopisto, Vaasa.

Willumsen Elisabeth, Ahgren Bengt & Ødegård Atle 2012. A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 26(3), 198–204.

Zitting Joakim, Laulainen Sanna & Niiranen Vuokko 2019. Lähi- ja keskijohdon osaamisvaatimukset sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(4), 380–392.

Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa

Sanna Laulainen, Joakim Zitting & Vuokko Niiranen

Johdanto

Sosiaali- ja terveysala on Suomessa jatkuvien organisatoristen ja toiminnallisten muutosten ja uudistusten keskellä. Kansallisia, ja myös kansainvälisiä, muutossuuntia ohjaavat vahvasti erilaiset pyrkimykset palvelujen integrointiin eli organisaatioiden ja toimintojen yhdistämiseen. Vaikka tämän vuosituhannen valtakunnalliset pyrkimykset sosiaali- ja terveyspalvelujen integroimiseen eivät olekaan toteutuneet suunnitellusti, on Suomessa monilla alueilla toiminut jo pitkään integroitu sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Juujärvi, Sinervo, Laulainen, Niiranen, Kujala, Heponiemi & Keskimäki 2019) tai palveluja on toteutettu yhteistyössä eri ammattilaisten ja yksiköiden kesken toimintoja yhteensovittaen. On myös keskusteltu

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 151–177.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnjaosta (Tolmala, Koponen, Hämäläinen, Korhonen, Koskinen, Asikainen & Kangasniemi 2019). Moniammatillisen ja -alaisen yhteistyön merkitys tulee tulevaisuudessa korostumaan entisestään, jotta palvelujärjestelmä vastaisi paremmin monialaisia ja eri ammattiryhmien yhdessä tuottamia palveluja tarvitsevien ja niitä käyttävien asiakkaiden tarpeisiin (Hujala & Lammintakanen 2018). Näitä asiakasryhmiä ovat esimerkiksi ikääntyneet, lapsiperheet, maahanmuuttajat sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaiset.

Kansalliset ja kansainväliset poliittiset linjaukset ohjaavat yhä voimakkaammin myös kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa, toimintajärjestelmiä ja osaamisvaatimuksia (OECD 2015). Kansalliset uudistustavoitteet ja poliittiset sekä taloudelliset muutokset näkyvät paikallisella tasolla sekä johtamisessa, työntekijöiden työssä että asiakkaiden kokemuksissa. (Joensuu & Niiranen 2019; Niiranen 2020.) Erityisesti pohjoismaisissa toimintajärjestelmissä yhdistyvät kansalliset toimintakulttuurit, julkisen hallinnon ohjaus sekä nopeat taloudelliset uudistamispaineet (Johanson, Johnsen, Pekkola & Reid 2019). Palveluja on siis jatkuvasti uudistettava niin järjestelmätasolla kuin toiminnan tasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset (työntekijät ja johtajat) ovat keskeisessä roolissa tässä uudistamistyössä. Siksi on tärkeää tarkastella sitä, millaisella osaamisella he tätä tärkeää työtä tekevät ja mitä heiltä edellytetään. Tässä artikkelissa tavoitteenamme on tunnistaa osaamisvaatimuksia, joita työntekijöihin ja johtajiin kohdistuu integroituvissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Näitä osaamisvaatimuksia tarkastelemme yleisenä osaamisena, työntekijöihin kohdistuvana erityisenä uudistamista edistävänä osaamisena ja johtamisosaamisena[1].

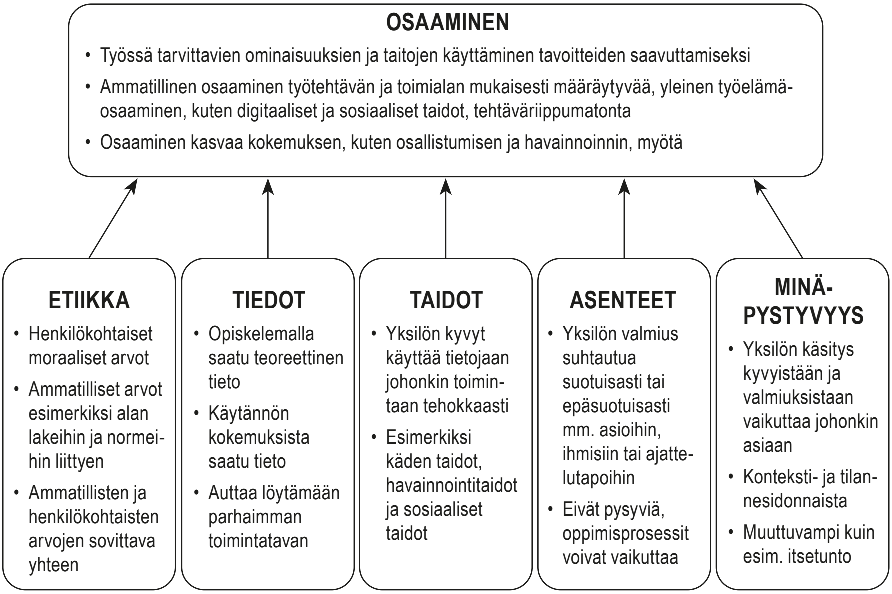
[1] Artikkelin taustana on vuosina 2016–2019 toteutettu Suomen Akatemian ja Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittama ”COPE – Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa” -tutkimushanke. Sen viidessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoimassa osahankkeessa tarkasteltiin sosiaali- ja terveyspalvelujen murrosta ja sen vaikutuksia työhön, osaamistarpeisiin ja osaamisen kehittämiseen. Tässä artikkelissa hyödynnetään COPE-hankkeen Itä-Suomen yliopiston osahankkeen ”Hallinto ja johtaminen”

Osaaminen integroituvissa sosiaali- ja terveyspalveluissa

Osaamisen (*competence*) käsite on hyvin monimuotoinen, ja siitä on tieteenalasta sekä näkökulmasta riippuen erilaisia määritelmiä. Osaamisen käsitteen sisältöön vaikuttaa sekin, minkä maan tutkimuskirjallisuudesta on kyse. Brittiläisessä kirjallisuudessa sana *competence* viittaa työntekijän kykyyn suoriutua ulkoapäin asetetuista tehtävistä, kun taas australialainen ja pohjoismainen näkemys osaamisesta on laaja-alainen pitäen sisällään tiedollisen, taidollisen ja asenteellisen osa-alueen. Yleisesti ottaen osaaminen voi kuitenkin tarkoittaa työssä tarvittavien ominaisuuksien sekä tietojen ja taitojen käyttämistä työn tavoitteiden saavuttamiseksi. (Paloniemi 2004, 19–20; Pihlainen, Kivinen & Lammintakanen 2016.)

Osaamisen tarkastelun näkökulma voi olla yksilön ja/tai organisaation osaamisessa, yleisessä työelämäosaamisessa kuten kielitaidossa ja digitaalisissa tai sosiaalisissa taidoissa, tai sitten työtehtävän tai toimialan mukaisesti määräytyvässä ammatillisessa ja asemaan liittyvässä erikoisosaamisessa (Kangasniemi, Hipp, Häggman-Laitila, Kallio, Karki, Kinnunen, Pietilä, Saarnio, Viinamäki, Voutilainen & Waldén 2018). Kuvioon 1 on koostettu yhteenvetoa osaamisen käsitteen sisällöstä yksilön työelämänäkökulmasta. Nämä osaamisen osa-alueet koskettavat organisaatioiden koko henkilöstöä, niin työntekijöitä kuin johtajiakin.

sekä THL:n osahankkeen ”Muuttuva työ” tuloksia, jotka perustuvat meneillään olleeseen sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointiin. Artikkelissa käytetyt aineistositaatit ovat esimerkkejä kyseisen tutkimuksen haastatteluaineistosta, eikä niitä ole julkaistu aikaisemmin.



Kuvio 1. Osaamisen osa-alueet työelämänäkökulmasta tarkasteltuna (Cheetham & Chivers 2005; Hanhinen 2010; Kangasniemi ym. 2018, 12–13)

Osaamisvaatimuksiin ja niiden muutoksiin vaikuttavat muun muassa ammattien sisäiset tarpeet sekä toimintaympäristössä tapahtuvat pitkän ja lyhyen aikavälin muutokset. Sosiaali- ja terveysalalla näitä ovat palveluintegraation lisäksi esimerkiksi väestön ikääntyminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kasvu, palvelujen käyttäjien ja henkilöstön monikulttuuristuminen, tietoteknologian kehittyminen sekä alue-erot palvelujen kysynnässä ja mahdollisuuksissa järjestää palveluja. Nämä kaikki vaikuttavat lainsäädännön muutostarpeisiin ja ammattien sisältöihin, ja edellyttävät sekä työntekijöiltä että johtajilta sopeutumista ja oman osaamisen kehittämistä. (Kangasniemi ym. 2018; Juujärvi ym. 2019; Kaihlanen, Laulainen, Niiranen, Keskimäki, Hietapakka & Sinervo 2019.) Muutokset edellyttävät myös organisaatioiden uudistamista ja kehittämistä vastaamaan muuttuvan toimintaympäristön tarpeita, mikä sekin vaatii kaikilta työyhteisön

jäseniltä uutta osaamista, ja joskus kykyä luopua aikaisemmista toimintatavoista tai työhön liittyvistä asenteista.

Yksi integraation ulottuvuus on arvoihin, kulttuuriin ja visioon liittyvä normatiivinen integraatio (ks. Taskinen & Hujala 2020 tässä julkaisussa). Tämä linkittyy eettiseen osaamiseen, eli henkilökohtaisiin ja ammatillisiin arvoihin (ks. kuvio 1). Toimintaympäristön muutosten myötä myös eettinen osaaminen tulee muuttumaan. Se korostuu etenkin sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa ammattieettiset periaatteet ja ohjeet ovat aina ammatillisuuden taustalla ja toimintaa ohjaamassa. Ne yhdistettynä lainsäädännön osaamiseen luovat pohjan asiakastyölle ja palvelujen järjestämiselle. Palvelujen yhteensovittaminen integraatiohengessä tuo uudenlaisia asiakaslähtöisyyteen, kustannustehokkuuteen ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen liittyviä haasteita. Henkilöstö ei voi katsoa enää asioita pelkästään omasta ammatillisesta näkökulmasta, jota sektoroitunut toimintakulttuuri on korostanut, vaan palvelujen yhteensovittamisessa olennaista on asiakkaiden tarpeiden ja oikeuksien tunnistaminen. (Juujärvi ym. 2019.) Toimintaympäristön muutokset ja palvelujen yhteensovittaminen tulee mitä luultavimmin korostamaan aiempaa enemmän asioiden katsomista palvelujen käyttäjien näkökulmasta, mikä parhaimmillaan vahvistaa arvopohjaa syvenevälle eri ammattialojen ja toimintasektoreiden yhteistyön kehittämiselle.

Palvelujen integrointi alueellisesti samaan organisaatioon, ja moniammatillisten asiakaslähtöisten kokonaisuuksien rakentaminen saman organisaation tai palvelukokonaisuuden yhteyteen, edellyttävät henkilöstöltä oman erikoisalan hallinnan lisäksi muiden ammattiryhmien työn sisältöjen tuntemusta. Se korostuu esimerkiksi tehtäessä asiakas- ja palvelusuunnitelmia monialaisia ja eri ammattiryhmien yhdessä tuottamia palveluja tarvitseville asiakkaille. Tällöin tiedonjakaminen toisille ammattilaisille on tärkeää, jolloin on osattava nähdä, ettei moniammatillinen yhteistyö vähennä oman erityisosaamisen merkitystä, vaikka sellaista huolta saattaakin esiintyä. Integraatioon, kuten asiakaslähtöisyyteen ja toisten alojen tuntemuk-

seen, liittyvät osaamistarpeet kohdistuvat etenkin perusterveydenhuoltoon ja ikäihmisten palvelusektoreille, joissa eri alojen välinen yhteistyö on ollut vieraampaa kuin sosiaalipalveluissa. (Juujärvi ym. 2019; Kaihlanen ym. 2019; Nummela, Juujärvi & Sinervo 2019.)

> ”Kyllä mä aattelisin, että tämmönen muuntuva organisaatio niin sen kehittämisosaamisen hankkiminen on tärkeetä. Mutta ei minkään -ismin alaisuudessa, vaan se että ymmärtäis sitä systeemiä, jonkinlaista systeemiajattelua ehkä pitäis olla enemmän. Että nää rupee olemaan niin monimutkaisia nää ympäristöt ja asiat missä toimitaan, että ei voi vain yhtä asiaa katsoa, pitää aina nähdä mihin muuhun se liittyy. Ja se on ehkä se vaikeus. Pienessä yksikössä on helpompi nähdä se oma toiminta ja sen oman yksikön tehtävät, mutta sitten osana isoo organisaatiota niin se on semmonen, yhteistyötaidot.” (Johdon edustaja)

Muiden ammattialojen tuntemiseen liittyvän tiedon lisäksi kehittäminen edellyttää siis vuorovaikutukseen ja verkostoitumiseen liittyviä sosiaalisia taitoja sekä yhteistyömyönteistä asennoitumista ja positiivista käsitystä omista kyvyistä ja taidoista (ks. Mönkkönen & Kekoni 2020 tässä julkaisussa). Hyvä esimerkki integraatiota edistävästä käytänteestä on erilaiset verkostopalaverit, joissa eri ammattiryhmien edustajat kokoontuvat käsittelemään yhteisen asiakkaan asioita. Tällaiset kokoontumiset edistävät eri professioiden tuntemusta toistensa osaamisesta ja ajattelutavoista lisäten heidän yhteistyötään myös jatkossa. (Sinervo & Keskimäki 2019.) Toinen integraatiota edistävä käytäntö on erikoisammattilaisten jalkauttaminen peruspalveluihin, kuten psykologien työskentely lastenneuvoloissa, tai sosiaalityöntekijöiden sijoittaminen sairaaloiden akuuttivastaanotoille (Hujala & Lammintakanen 2018, 42). Molemmat esimerkit edellyttävät työntekijöiltä yhteistyötaitojen lisäksi yhteistyömyönteistä asennoitumista sekä uskoa omiin kykyihin ja taitoihin.

Organisaation uudistaminen integraatiota edistävällä tavalla edellyttää henkilöstöltä myös erilaisten uusien digitaalisten työvä-

lineiden käyttötaitoja sekä digitalisaation potentiaalin tunnistamista. Etäyhteydet ja pikaviestipalvelut esimerkiksi mahdollistavat eri alojen ammattilaisten välisen nopean ja joustavan pikakonsultoinnin sekä tiedonvaihdon. Tällaiset uudet toimintatavat haastavatkin totuttuja rajoja sekä niihin liittyviä byrokraattisia rutiineja. (Hujala & Lammintakanen 2018, 38.) Taitojen lisäksi tässäkin asiassa asenteilla on suuri merkitys. Palvelujen integroinnissa edellytetään digitaalisten välineiden ja raportointikäytänteiden hallintaa sekä tiedonhakutaitoja, jotta asiakkaita pystytään palvelemaan heidän tarpeitaan vastaavalla tavalla ja seuraamaan heidän kulkuaan palveluprosesseissa sekä varmistamaan, että he saavat tarvittavat palvelut. Etenkin asiakasrajapinnan työntekijöiden olisi siis osattava hyödyntää järjestelmiä, mutta myös tunnistettava mikä vaatii kehittämistä. Asiakkaiden hyödyntämät digitaaliset palvelut saatetaan kuitenkin kokea sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten keskuudessa uhaksi, sillä ne muuttavat ammatti-identiteettiä ja työnkuvaa. (Juujärvi ym. 2019; Nummela ym. 2019.) Organisaation kehittäminen vaikeutuu tai tulee jopa mahdottomaksi, mikäli digitaaliset palvelut koetaan uhkana. Tämä korostaa eettisen osaamisen tärkeyttä: ammattilaisen on osattava katsoa organisaation toiminnan kehittämistä työskentelynä sekä palvelukokonaisuuden että asiakkaan edun ja oikeuksien puolesta, eikä oman ammatti-identiteetin säilyttämisenä.

Organisaatioiden uudistamista ja työntekijöiden keskinäistä, uudenlaista yhteistyötä saattaa kuitenkin hankaloittaa se, että muodostuvat tai äskettäin uudistetut organisaatiot voivat olla pitkien etäisyyksien päässä toisistaan, jolloin ne muodostuvat maantieteellisesti laajoista kokonaisuuksista. Työntekijöiden ja organisaation kaikkien toimijoiden väliset etäisyydet saattavat muodostua hyvin pitkiksi. Myös eri tason johtajat voivat olla hyvinkin kaukana omista kollegoistaan (Zitting, Niiranen & Laulainen 2020a). Tällöin jo saman yksikön ja johtajan työntekijät saattavat olla hyvin kaukana toisistaan, ja vielä kauempana saattaa olla yksikkö, jonka kanssa pitäisi integraation myötä tehdä yhteistyötä. Tällainen hajautettuna

ja eri paikoissa työskenteleminen, sekä yhteistyön kehittäminen, on luonteeltaan erilaista kuin lähellä toisia keskitetysti työskenteleminen. Digitaalinen vuorovaikutus ja "etäläsnäolo" ovat erilaisia kuin perinteinen kasvokkainen vuorovaikutus ja työskentely samoissa tiloissa. (Esim. Duncan & Schoor 2015; Niiranen 2016, 301; Zitting ym. 2020a.) Hajautetussa organisaatiossa työskentely ja toiminnan kehittäminen edellyttävät etenkin digitaalisia taitoja, mutta myös työntekijöiden kykyä autonomisuuteen, itseohjautuvaan työskentelyyn johtajan sijaitessa eri toimipisteessä ja/tai eri paikkakunnalla ja johtaessa pääosin sähköpostitse tai videoneuvotteluyhteyden kautta (esim. Ollila, Raisio, Vartiainen, Lindell, Pernaa & Niemi 2018).

Tällainen itseohjautuvuus korostaa sekä asenteiden merkitystä että etenkin minäpystyvyyttä eli ammattilaisen uskoa ja luottamusta omiin kykyihin ja valmiuksiin selviytyä tilannekohtaisista haasteista (Bandura 1977). Etätyöskentelyyn liittyvät monet osaamisvaatimukset ovat joissakin organisaatioissa saattaneet nostaa kynnystä etätöiden tekemiseen. Keväällä 2020 monissa organisaatioissa jouduttiin kuitenkin uudenlaisen tilanteen eteen, kun koronapandemian myötä suositeltiin etätöihin siirtymistä. Tällöin sellaisissakin organisaatioissa, joissa etätyöt eivät aiemmin olleet rutiinia, jouduttiin opettelemaan ja soveltamaan näitä tutkimuskirjallisuudessa esille tuotuja taitoja ja käytäntöjä. Tällainen ulkopuolisen tekijän synnyttämä pakko on saattanut muuttaa monien organisaatioiden ja niiden henkilöstön asennoitumista etätyöskentelyä kohtaan, ja vähentää etätöitä, etäpalveluja ja etäyhteistyötä kohtaan tunnettuja ennakkoluuloja.

Integraatiotavoitteiden mukaisesti uudistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden kehittäminen edellyttää henkilöstöltä, työntekijöiltä sekä myös johtajilta, kaikkia osaamisen osa-alueita: eettistä osaamista, uudenlaisia tietoja ja taitoja, uudenlaista asennetta sekä uskoa omiin kykyihin ja valmiuksiin selviytyä muuttuvissa organisaatioissa. Etenkin sosiaali- ja terveyspalveluissa etiikka luo pohjan toiminnalle, mutta muutkin osa-alueet ovat tärkeitä. Vaikka asenteet saattavat olla suurin este organisaatioiden kehittämiselle, nekään eivät ole pysyviä, vaan esimerkiksi oppimisprosessit voivat

vaikuttaa asenteisiin. Organisaation koko henkilöstön panos kehittämisessä on tärkeää, mutta usein saattaa käydä niin, että työntekijöiden osaaminen jää hyödyntämättä. Siksi sen merkitys olisi hyvä osata tunnistaa.

Miten työntekijöiden osaaminen kanavoidaan uudistamisen voimavaraksi?

Työntekijät ovat tärkeässä roolissa sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisessa. Heillä on palvelutarpeisiin, palvelujen integroimisen kriittisiin pisteisiin ja palvelujen vaikuttavuuteen liittyvää kokemusta sekä ymmärrystä asiakasrajapinnalta ja paljon eri palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluprosesseista. Heillä on näin osaamista, jota tarvitaan paitsi uudistamisen onnistuneeseen toimeenpanoon niin myös erilaisten vaihtoehtojen tunnistamiseen, innovoimiseen ja mahdollisten vaikutusten ennakointiin. Jotta tämä laaja-alainen osaaminen, jonka eri osa-alueita kuvattiin edellisessä luvussa, saadaan uudistamisen voimavaraksi, edellyttää se työntekijöiltä erityisiä työntekijyystaitoja. Ne ovat esimerkki yleisestä, geneerisestä, osaamisesta, jonka tarve tulee korostumaan entisestään sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä (ks. esim. Kangasniemi ym. 2018). Tässä artikkelissa tarkastelemme näitä työntekijyystaitoja uudistamisen voimavarana ja nostamme esiin erityisesti sen, mitä työntekijöiltä edellytetään uudistamisen edistämiseksi organisaatiotason ja johtamisen kysymyksenä.

Työntekijöiltä odotetaan aktiivista panosta organisaation hyväksi niin yksilöllisinä, ammatillisina kuin yhteisöllisinäkin toimijoina. Kyseisestä, erityisesti työntekijöihin kohdistuvasta, odotuksesta puhutaan organisaatiokansalaisuutena (organizational citizenship behavior, OCB; esim. Organ 1988; Laulainen 2010). Englanninkielinen käsite on suomennettu myös työyhteisötaidoiksi (ks. esim. Nuutinen, Heikkilä-Tammi & Manka 2014) ja alaistaidoiksi (ks. Keskinen 2005).

Organisaatiokansalaisuudella tarkoitetaan esimerkillistä työntekijyyttä ja työyhteisön ja organisaation jäsenyyttä, joka vahvistaa organisaation toimintaa, ja jolla on yhteys muun muassa organisaation menestykseen, palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen sekä henkilöstön työhyvinvoinnin kokemuksiin (ks. esim. Podsakoff, Whiting, Podsakoff & Blume 2009; Rose 2016). Organisaatiokansalaisuus on perinteisesti näyttäytynyt auttamisena, tunnollisuutena, reiluutena, huomaavaisuutena ja eräänlaisena kansalaishyveellisyytenä, eli vastuullisena osallistumisena organisaation poliittiseen toimintaan. Näin se on näyttäytynyt organisaation tasapainoa ylläpitävänä toimintana ennemmin kuin sitä haastavana. (Organ 1988.) 2000-luvulla organisaatiokansalaisuuteen on yhä enemmän liitetty organisaatioiden uudistamista edistäviä piirteitä, kuten aloitteellisuutta, aktiivisuutta, innovatiivisuutta, itsensä kehittämistä ja kriittisyyttä (esim. Podsakoff, MacKenzie, Paine & Bachrach 2000; Laulainen 2010). Niissä korostuu työntekijöiden osaamisen jakaminen, hyödyntäminen ja vahvistaminen suhteessa organisaation muihin toimijoihin kollegoista johtajiin. Ne ovat erityisen tärkeitä uudistettaessa sosiaali- ja terveyspalveluja integraation hengessä.

Työntekijöiltä odotetaan aktiivista panostusta organisaation toiminnan kehittämiseen yksilöllisinä, ammatillisina ja yhteisöllisinä toimijoina eli erityistä muutosta edistävää organisaatiokansalaisuutta (*change-oriented organizational citizenship behavior*). Siihen sisältyy vastuun kantamista organisaation kehittämisestä ilman työtehtäviin tai asemaan perustuvaa pakkoa tai velvoitetta (vrt. Organ 1997). Näin muutosta edistävän organisaatiokansalaisuuden odotus kohdistuu erityisesti työntekijöihin, joiden perustehtävään kyseinen laaja organisaatiotasoinen vastuunkanto ei ole perinteisesti sisältynyt. Lisäksi sitä kuvaavat aloitteellisuus, muutosmyönteisyys, innovatiivisuus, joustavuus ja vaikuttaminen. (Bettencourt 2004; Choi 2007; Seppälä, Lipponen, Bardi & Pirttilä-Backman 2012; Vigoda-Gadot & Beeri 2012; Arola, Laulainen & Pehkonen 2018.) Muutosta edistävä organisaatiokansalaisuus näkyy aktiivisena näkemysten ja kokemus-

ten esiin tuomisena ja toimintana organisaation hyväksi (ns. voice behavior esim. Vigoda-Gadot & Beeri 2012; Burke & Cooper 2013). Se voi myös vaatia rohkeutta ja erilaisten toimintaa ja yhteistyötä perinteisesti määräävien rajojen koettelua ja ylittämistä. Käytännössä näkemysten ja kokemusten esiin tuominen voi tarkoittaa epäkohtien näkyväksi tekemistä ja marginaaliin jäävien puolesta puhumista. Ne ovat esimerkkejä tavoista tuoda sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemustietoa uudistamiskeskusteluun. Se on tärkeää uudistettaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja vastaamaan moninaisiin ja erilaista asiantuntijuutta vaativiin asiakastarpeisiin.

> ”Ainakin avointa vuoropuhelua siitä, että mihin suuntaan me lähetään viemään näitä palveluja ja asioita. Heillä [työntekijöillä] on kuitenki se asiakaskunnan kautta tullu asiantuntijuus ja tietotaito vankka, ni jotenki he vois olla siinä mukana… ohjaamassa sitä et mihin suuntaan kehitetään palveluja ja toimintoja myös. Sillä lailla olla osa sitä johtajuutta et se ei oo sitä et me jossaki tiimissä, johtajan tiimissä katotaan, vaan pikemminkin että he on osallisia siinä että, kun tehdään tätä muutosta, mihin suuntaan viedään, mitä palveluja kehitetään mihinki päin ja minkälaisia toimintakulttuureja, tiimityön muotoja, parityön muotoja verkostotyön muotoja täällä rakennetaan. Hyvinki merkittävässä roolissa nään siinä mielessä. Mut se että heiltä pitää osata sitte ottaa myös se tieto sieltä ja se on varmaan myös se, vois aatella lähiesimiesten tehtävä sitte seuraavassa vaiheessa et me jotenkin haetaan sitä tietoo täältä työntekijätasolta. (…) se myös tuo sitte työntekijöille sitä että hekin kokee olevansa osa tätä organisaatiota et ku he voi olla osallisia et sen osallisuuden lisääminen, sitä kautta sitte justiin sitä, olla myös johtamassa sitä muutosta. Se ei synny itestään, et työntekijät ei itestään lähe. Sen on huomannu että heitä pitää aktivoida, keskustelemaan ja nostamaan esille niitä asioita et se ei lähe automaattisesti siellä jossakin tiimikokouksessakaan tai näin vaan se pitää jotenkin johdatella

> heiät työstämään, sieltä valtavasti tulee sitä hyvää pohjaa ja tietoo." (Lähijohtaja)

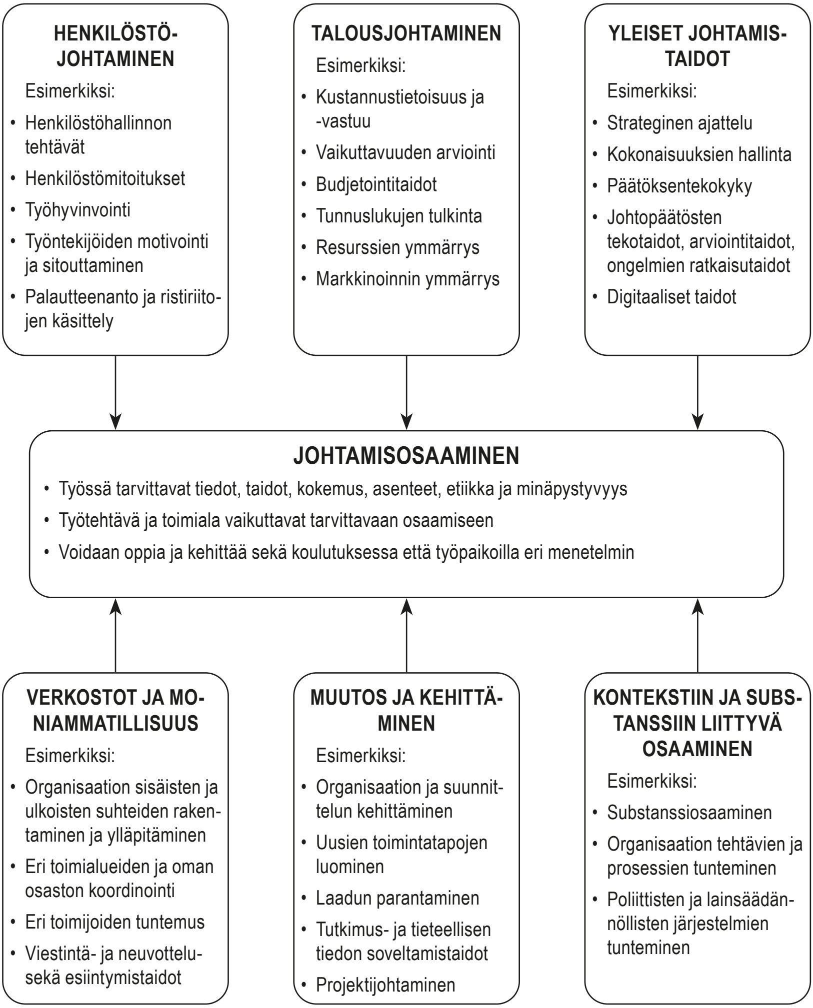
Edellinen esimerkki sosiaali- ja terveyspalvelujen kentältä havainnollistaa muutosta edistävän organisaatiokansalaisuuden paradoksaalisuuden; toisaalta työntekijöihin kohdistuvan aktiivisen toimijuuden ja autonomisuuden odotuksen ja toisaalta tarpeen aktivoida, rohkaista ja tukea tähän odotukseen vastaamista. Ei ole itsestään selvää, että nämä odotukset ja vaikuttamismahdollisuudet ovat tasapainossa, ja että työntekijöillä on aidosti lupa ja tilaa vaikuttaa palvelujen uudistamiseen (ks. myös Ollila ym. 2018, 247; Arola 2020). Kansainvälisten organisaatiokansalaisuustutkimusten (esim. Bettencourt 2004; Vigoda-Gadot & Beeri 2012) mukaan keskeisiä työntekijöiden muutosroolia vahvistavia tekijöitä ovat työyhteisön ilmapiiriin (kuten avoimuuteen), toimijoiden välisiin suhteisiin (kuten luottamukseen, tukeen, hierarkkisuuteen) ja toimintakäytänteisiin (kuten viestintään, kehittämis- ja päätöksentekoprosesseihin) liittyvät tekijät. Ne ovat tekijöitä, jotka kytkeytyvät yleisemminkin erilaisiin organisaatioiden ilmiöihin, kuten luottamuksen rakentumiseen, sitoutumiseen ja työhyvinvointiin. Osaamisen jakaminen, hyödyntäminen ja vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisprosesseissa on siis monen eri tekijän summa, eikä tilanteisiin aina löydy yhtä oikeaa ratkaisua. Työntekijöiden muutosrooliin voivat vaikuttaa niin rakenteelliset ja organisaatiokulttuuriin liittyvät tekijät kuin myös ammatillisiin käytänteisiin ja yksilön omiin asenteisiin liittyvät tekijät. Erityisen tärkeänä korostuu johtaminen. Johtajilta edellytetäänkin muutosta edistävää ja työntekijöiden osaamista aktiivisina muutostoimijoina vahvistavaa johtamisosaamista.

Millaista johtamisosaamista integroituvien palvelujen uudistaminen edellyttää?

Sosiaali- ja terveyspalvelut pohjautuvat vahvasti ammatilliseen osaamiseen, eikä jonkin tietyn alan substanssiosaamisen merkitys tule jatkossakaan vähenemään. Palvelujen integrointi ja yleistyvät moniammatilliset työryhmät kuitenkin edellyttävät yhä useammassa tehtävässä ja organisaatioiden kehittämisessä eri ammattiryhmien osaamista ja sen yhdistämistä. Tämä asettaa uusia osaamisvaatimuksia myös johtajan työlle ja tietoperustalle. Palvelutarpeiden monialaistuminen ja palveluintegraatio edellyttävät, että eri ammattien edustajat, työntekijöiden lisäksi myös johtajat, osaavat työskennellä yhdessä, tuoda yhteiseen kehittämiseen omaa osaamistaan ja muodostaa näin joustavia ja erilaista ammatillista osaamista – sekä osaamisen taustalla olevaa tutkittua tietoa – yhdistäviä kokonaisuuksia (esim. Zitting, Laulainen & Niiranen 2019). Tämä korostuu myös tarkasteltaessa integroivaa johtamista (ks. Hujala, Mustonen, Klinga, Lammintakanen, Laulainen & Taskinen 2020 tässä julkaisussa; Hujala, Laulainen, Taskinen, Aunola & Martikainen 2020). Integraatiota edistävät käytänteet, kuten budjetoinnin uudistaminen, eri toimintojen sijoittelu samoihin tiloihin, työskentelyprosessien kehittäminen, kumppanuuksien luominen, ja muuttuvaan työnjakoon kuuluvien uudenlaisten roolien esittely henkilöstölle, kuuluvat pääasiallisesti johtajien vastuulle. Tämä korostaa johtamisen sekä eri tasojen johtajien osaamisen tärkeyttä integraation toteuttamiselle. (Miller & Stein 2020.)

Johtajilta edellytetään aiemmin kuviossa 1 esitettyjä osaamisen osa-alueita, mutta heillä on oltava myös erityistä johtamisosaamista (*management and leadership competence*). Sillä tarkoitetaan johtajien kykyä tunnistaa organisaationsa toimintaympäristöstä tulevat vaatimukset ja ohjausmekanismit. Lisäksi siihen sisältyvät johtajien työssään tarvitsemat tiedot, taidot ja asenteet, joita voidaan kehittää ja

oppia työ- ja koulutusorganisaatioissa eri menetelmiä hyödyntämällä. (Sinkkonen & Taskinen 2005; Yukl 2010; Niiranen 2014; Pihlainen ym. 2016; Pihlainen, Kivinen & Lammintakanen 2019.) Kuvioon 2 on koottu eri tutkimuksissa esiintyneitä johtamisosaamisen jaotteluja.



Kuvio 2. Johtamisosaamisen jaottelu erilaisiin osa-alueisiin (Zitting ym. 2019)

Kuten kuviosta 2 näkyy, johtajilta odotetaan monenlaista kontekstista riippumatonta osaamista. Tätä ovat esimerkiksi yleiset johtamistaidot sekä henkilöstöjohtamiseen liittyvä osaaminen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa johtajat tarvitsevat myös kontekstiin liittyvää osaamista, kuten lainsäädännön sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan tuntemusta ja edes jonkin verran substanssiosaamista. Sinkkonen ja Taskinen (2005, 82) tuovat esille, että johtajan tehtävissä tarvittava osaaminen riippuu tilanteesta; esimerkiksi lähijohtaja tarvitsee erilaista osaamista kuin strategisella tasolla toimiva toimialajohtaja. Kuviota 2 tarkasteltaessa voikin ajatella, että lähijohtajalla korostuisi substanssiosaamisen merkitys, kun taas ylemmällä strategisemmalla tasolla painottuisi kokonaisuuksien hallinta sekä toiminnassa ja sen johtamisessa tarvittavien verkostojen ylläpitäminen. Tämäkään ei kuitenkaan ole niin suoraviivaisesti pääteltävissä, etenkään nykyisissä uudistuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa, joissa palveluja integroidaan laajoiksi moniammatillisiksi kokonaisuuksiksi. Lisäksi erityisesti 2000-luvun aikana toteutetut organisaatiouudistukset ja erityisesti organisaatioiden toimintarakenteiden madaltaminen ovat johtaneet siihen, että kuviossa 2 esitettyjen johtamisen erilaisten sekä organisaation sisäisiin kysymyksiin että toimintaympäristön kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyvien ulottuvuuksien hallintaa edellytetään yhä selkeämmin kaikilta eri tason johtajilta (Niiranen 2014, 51–53).

Etenkin lähi- ja keskijohdon tehtäväkenttä on laajentunut. Heidän tehtävänään on toimeenpanna strategisen johdon asettamia integraatioon liittyviä tavoitteita sekä osallistua itsekin organisaation kehittämiseen. Heidän tehtävänsä ovat siis muovautuneet yhä laajemmiksi kokonaisuuksiksi ja strategisempaan suuntaan. Tällöin heiltä edellytetään integraatiota edistävään yhteistyöhön liittyvää osaamista, kuten kokonaisuuksien hallintaa, organisaation eri toimijoiden ja toimialojen tuntemusta sekä verkostoitumis- ja viestintätaitoja. Etenkin lähijohtajien on tehtävä aiempaa enemmän verkostoyhteistyötä, mikä

tuottaa heille entistä enemmän verkostoihin liittyviä osaamisvaatimuksia. (Zitting ym. 2019.)

Eri tason johtajien onkin hyvä tuntea eri ammattiryhmien ja toimialojen erityispiirteitä sen verran hyvin, että verkostojen rakentaminen eri toimialojen välillä onnistuisi, ja että moniammatillisten tiimien eri ammattilaisten osaaminen ja potentiaali pystyttäisiin huomioimaan kehittämistyössä. Toisinaan johtajan työssä näkyvät eri ammattiryhmien keskinäiset jännitteet tai toiveet siitä, että johtaja tukisi erityisesti jotain tiettyä ammattiryhmää, esimerkiksi niitä, joilla on mahdollisesti sama ammatillinen koulutus kuin johtajalla itselläänkin (Niiranen 2016, 311–312).

Siksi johtajien osaamisessa korostuvat eri ammattialoihin liittyvän tiedon lisäksi myös henkilöstön johtamiseen ja motivointiin, palautteenantoon ja työhyvinvoinnin tukemiseen liittyvät taidot. Voidaan siis puhua integraatiota edistävään johtajuuteen liittyvästä osaamisesta. (Zitting ym. 2019.) Sitä tarvitaan myös muutosta edistävän organisaatiokansalaisuuden vahvistamisessa. Käytännössä johtajien pitäisi hallita vuorovaikutukseen perustuva valmentava johtaminen, jossa he toimivat pääasiallisesti työntekijöiden motivoijina, valmentajina ja keskusteluttajina. Työntekijät tulisi nähdä aktiivisina muutosten katalysaattoreina, suunnittelijoina ja toimeenpanoon osallistujina, ja integraation edistäminen vaatiikin juuri niin sanottua leadership-osaamista (Aitken & von Treuer 2014; Kaihlanen ym. 2019; Miller & Stein 2020).

> ”… niin edelleen semmonen ihmisten johtaminen, myös sellanen, et mitä se johtaminen on muuta ku jonku ohjeläpysköitten laatimista tai, tai niitten hyväksymistä, ja laittamista intraan. Just se semmonen leadership-osaaminen, kyllä ois, tosi tarpeellista, ihmisten kannustaminen jos halutaan että, meillä, on… päästään semmoseen jotenki joustavampaan organisaatioon jossa nousee alotteita ja kehittämisajatuksia, niin sillon se, niinku esimiehiltähän se vaatii.

> Ei se, henkilöstö ei tee yhtään mittään, kehitä, jos esimies ei oo sen homman takana." (Johdon edustaja)

Sosiaali- ja terveydenhuollon integroituvissa ja maantieteellisesti laajenevissa organisaatioissa näkyvät selvästi etäjohtamiseen liittyvät osaamisvaatimukset: johtajalla saattaa olla useita kymmeniä työntekijöitä eri puolilla aluetta, jolloin heihin ollaan enimmäkseen yhteydessä puhelimitse, sähköpostitse tai videoyhteydellä. Samalla työntekijät saattavat kuitenkin toivoa lähijohtajiltaan aktiivista läsnäoloa. Työntekijöiden tukeminen ja kannustaminen palvelujen kehittämistyössä on siis hyvin erilaista, kun työntekijät ovat hajallaan ympäri toiminta-aluetta verrattuna siihen, että he toimivat saman katon alla. Hajautetun organisaation johtaminen edellyttää johtajalta uudenlaista, muun muassa digitaaliseen vuorovaikutukseen liittyvää osaamista työntekijöidensä johtamisessa. (Juujärvi ym. 2019; Zitting ym. 2020a.)

Johtajan yhdistävä rooli voi olla tärkeä, vaikka eri alojen työntekijät toimisivat saman katon alla. Integraatiota on pyritty edistämään luomalla niin sanottuja hyvinvointiasemia, joissa samaan rakennukseen on sijoitettu eri professioiden edustajia ajatuksella, että asiakkaat saisivat palveluja yhden luukun periaatteella. Yhteisissä tiloissa toimimisesta huolimatta työntekijöiden yhteistyö on kuitenkin voinut olla vähäistä. Tähän on pyritty vastaamaan asettamalla hyvinvointiasemalle sen päivittäisjohtamisesta vastaava henkilö, joka pyrkii koordinoimaan ja myös aktivoimaan hyvinvointiaseman eri toimintojen päivittäistä yhteistyötä. (Sinervo & Keskimäki 2019.)

Tarkasteltaessa kuviota 2 voi todeta, että integroituvien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen edellyttää johtajilta ilman muuta kehittämiseen liittyvää johtamisosaamista. Integraation tehokas edistäminen edellyttää enemmän osaamista henkilöstöjohtamisessa, jossa korostuu etenkin työntekijöiden motivointi ja sitouttaminen sekä ristiriitojen käsittely. Lisäksi johtajat tarvitsevat verkostoihin ja moniammatilliseen toimintaan liittyvää osaamista, ja oman subst-

anssiosaamisen lisäksi eri aloja edustavien yhteistyötahojen ja jossain määrin myös työntekijöiden substanssin tuntemusta. Keski- ja etenkin lähijohdolla korostuvat entistä enemmän kokonaisuuksien hallintaan ja arvioimiseen sekä monialaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden prosessien ymmärtämiseen ja hahmottamiseen liittyvät taidot, jotka sektoroituneen palvelujärjestelmän aikoina kuuluivat enemmänkin strategisen tason johdolle. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisessa on aina osattava tunnistaa toimintaympäristöstä tulevat odotukset ja palvelujen sisältöihin sekä johtamiseen liittyvät kehittämisvaatimukset. (Esim. Aitken & von Treuer 2014; Niiranen 2014; Juujärvi ym. 2019; Zitting ym. 2019; Zitting, Hietapakka, Laulainen, Niiranen & Sinervo 2020b.)

> ”… et mä vielä tän oman siiloni saatan hoitaa aika hyvin, ja sitten toinen, toisen siilo on täällä ja hän hoitaa sen hyvin ja me voidaan jakaa sitä tietoa. Mut sit ku täs on rajapinta joka ei selkeesti oo kummankaan aluetta, niin, kuka siitä ottaa kopin, ja, ja miten se hoidetaan yhteen niin että se prosessi olisi sujuva, niin se on must se, siinä johtamisosaamisessa iso haaste. Ja sanon edelleen sen että, meil on paljon johtajia joiden ei oikeestaan olis hyvä olla johtajia. He eivät tavallaan ole valmiita… he eivät ole sillä tavoin johtajia että he haluaisivat johtaa ja viedä asioita eteenpäin. Eli he hyvin tiiviisti haluavatkin pysyä siellä siilossaan. Ja sillon se on vielä haasteellisempaa tuoda tavallaan se yhteinen johtamisosaamisen kenttä sinne kokonaisuutena. Ja sen mä ehkä nään siinä, nii, ehkä sen semmosena, isona, isona haasteena kaiken kaikkiaan että, ei, ei olla vielä, riittävän, riittävän yhteisellä tasolla, rakentamaan, yhtä yhteistä maailmaa.” (Johdon edustaja)

Johtajat siis tarvitsevat uudistuvissa sosiaali- ja terveyspalveluissa hyvin paljon uutta tai päivitettyä osaamista. Tämä johtamisosaaminen edellyttää pohjakseen aiemmin esille tuotua uudenlaista eettistä osaamista sekä yhteistyötä edistävää altruistista asennetta,

jossa kehittämisen keskiössä on asiakkaan eikä oman yksikön etu. Reviirihakuisesta käyttäytymisestä ja oman yksikön etua ajavasta osaoptimoinnista pitäisi päästä eroon. Integraatiota voidaankin osaltaan edistää muuttamalla organisaatioiden rakenteita ja luomalla uudenlaisia johtamisen käytänteitä ja mittareita, jotka huomioisivat johtajien oman tulosalueen tuottavuuden lisäksi johtamisyhteistyön eri sektoreiden ja organisaatioiden välillä. (Hujala ym. 2020 tässä julkaisussa.)

Pelkkä rakenteiden ja käytänteiden uudistaminen ei kuitenkaan riitä, vaan asenteellistakin muutosta tarvitaan. Yhteisessä kehittämisessä kaikkien eri aloja edustavien toimijoiden pitäisi olla mukana, eikä yksikään toimija saisi olla muita ylivertaisemmassa asemassa. Voikin sanoa, että altruismin voi nähdä yhtenä integraation perusarvona. (Bihari Axelsson & Axelsson 2009; Aitken & von Treuer 2014; Zitting ym. 2019.) Sama pätee johtajien ja työntekijöiden väliseen vuorovaikutukseen, sillä uudistuvissa sosiaali- ja terveyspalveluissa edellytetään myös uudenlaista, johtajien ja työntekijöiden keskinäiseen vuorovaikutukseen ja eri osapuolten ammatillisen osaamisen arvostamiseen perustuvaa asennoitumista. Ilman tätä esimerkiksi työntekijöiden osaamisen tunnistaminen ja hyödyntäminen kehittämistyössä vaikeutuu merkittävästi. Eri ammattiryhmät voivat korostaa integraation toteuttamisessa erilaisia näkökulmia, jolloin johtajien tehtävänä on tunnistaa mahdolliset ristiriitaisuudet ja auttaa eri ammattiryhmiä löytämään mahdollisia kompromisseja sekä uudenlaisia työn ja organisaation kehittämisen muotoja (Bergh, Ketchen, Orlandi, Heugens & Boyd 2019, 144–150).

Kasvavat osaamisvaatimukset – taakka vai mahdollisuus?

Tässä artikkelissa olemme tarkastelleet osaamisvaatimuksia, joita työntekijöihin ja johtajiin kohdistuu integroituvissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sosiaali- ja terveyspalvelut erityisenä ja kompleksisena kontekstina tuo osaamisen tarkasteluun omat ehtonsa ja edellytyksensä, vaikka osaamisalueet (kuvioissa 1 ja 2) ovat sinällään yleisiä ja laajasti tunnustettuja.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation myötä moniammatillinen työskentely eri ammattialojen edustajien kanssa ja poikkisektorinen yhteistyö eri toimijoiden kesken yleistyvät entisestään; niistä tulee yhä tiiviimpi osa sote-ammattilaisten perustehtävää. Tämä tarkoittaa moniammatillisuuteen ja verkostoihin liittyvän osaamisen sekä eri alojen substanssin tuntemisen tärkeyttä sekä työntekijöille että johtajille. Moniammatillisessa työskentelyssä toisten osaaminen ei ole itseltä pois eikä toisia ole syytä kokea omaa ammatillista asemaa uhkaavaksi. Edellytetään kykyä kuulla ja kohdata erilaisia ihmisiä sekä ymmärrystä sote-palvelujen kokonaisuudesta, sen osista ja taloudellisista perustoista. On osattava nähdä ja hyväksyä, että toisten ammattilaisten ja asiantuntijoiden osaaminen täydentää omaa osaamista ja on lisäarvo yhteistyölle ja integraatiotavoitteisiin vastaamiselle. Oma osaaminen on siis osa laajempaa kokonaisuutta, ja parhaimmillaan yhteistyö edistää myös oman tehtäväalueen ja hallinnonalan toimivuutta sekä tuloksellisuutta (Niiranen, Zitting & Laulainen 2019). Yhteistyö voi parhaimmillaan vahvistaa omaa tietoperustaa ja kehittää omaa ammatillista osaamista sekä auttaa löytämään ratkaisuja uusiin, kompleksisiin ja monelle taholle kohdistuviin ongelmiin tai oman työn vaatimuksiin.

Organisaatioiden toiminnan ja rakenteiden uudistukset eivät kuitenkaan aina toteudu suunnitelluilla tavoilla. Näistä tilanteista voidaan oppia ja löytää myös sellaisia uusia, toimivia ratkaisuja, jotka

auttavat tulevissa uudistamisprosesseissa. Tämänkaltainen oppiminen edellyttää kuitenkin, että mahdollisia epäonnistumisia ei sivuuteta, vaan niitä tarkastellaan avoimesti ja että niistä uskalletaan myös keskustella organisaatioissa sekä päättäjien, johtajien että työntekijöiden kesken. (Schwarz, Bouckenooghe & Vakola 2020.) Edellä kuvattua työntekijöiden rohkeutta antaa palautetta uudistuksista ja nostaa myös epäkohtia esiin korostetaan yhtenä sote-ammattilaisten työntekijyystaitona.

Uudistamispyrkimysten keskellä ei sovi unohtaa sosiaali- ja terveyspalvelujen eettisiä arvoja asiakkaiden ja potilaiden hyväksi työskentelemisessä. Pyrkimys kehittää palveluja eettisesti kestävällä ja aidosti osallistavalla tavalla koskettaa sekä työntekijöitä että johtajia vaikka niistä puhutaankin enemmän johtamisosaamisen yhteydessä. Etenkin integroituvissa palveluissa, joissa toimintoja on kehitettävä palvelujen käyttäjien eikä ammattilaisten omien etujen mukaisesti, eettinen osaaminen korostuu entisestään, ja luo pohjan muille osaamisvaatimuksille sekä yhteistyötä edistävien asenteiden kehittymiselle. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuessa osaamisen osa-alueista tiedot ja taidot pysyvät edelleenkin toiminnan perustana. Ei kuitenkaan pidä unohtaa, että osaamiseen kuuluvat lisäksi asenteet ja minäpystyvyys, eli luottamus omiin kykyihin. Näiden merkitys korostuu aiemmasta. Uudistamisen keskellä sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijät ja johtajat saattavat olla epävarmoja aiempien tietojensa ja taitojensa riittävyydestä, mutta usko siihen, että osaa soveltaa aiempia tietojaan ja taitojaan sekä oppia uusia, on tärkeää.

Edellä kuvattu liittyy työntekijän ja johtajan kykyyn joustavasti uudistaa työtään ja osaamistaan sekä näkemykseen resilienssistä eli kyvystä selviytyä muutoksista (ks. Saari 2016). Ne kuvaavat nykytyöelämän yleisiä osaamisvaatimuksia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen näkökulmasta sellainen on myös muutosta edistävä organisaatiokansalaisuus, jonka voi nähdä eräänlaisena osaamiskokonaisuutena ja osaamisen kanavoinnin väylänä. Sitä kautta työntekijöiden osaamispotentiaalia voidaan ohjata palvelujen uudistamisen

resurssiksi ja erityisesti sen katalysaattoriksi. Kriittistä kyseenalaistamista sekä lupaa ja tilaa sille tarvitaan. Lisäksi tarvitaan aitoa ja avointa vuoropuhelua, rohkeita rajanylityksiä sekä työntekijöiden muutosroolin merkityksen ja käytännön haasteiden tunnistamista, ja ongelmien ratkaisemista.

Jatkuvien muutosten ja toimintaan kohdistuvien uudistamisvaatimusten keskellä näyttää selvältä, että mikään osaamisen osa-alue ei nouse ylitse muiden, vaan kaikki osa-alueet kytkeytyvät toisiinsa ja ovat kaikki näin ollen tärkeitä integraation edistämiselle. Osaamisvaatimusten osalta on kuitenkin syytä kysyä, voiko tämä kaikki käytännössä toteutua. Voiko vaatimuksia pitää jopa kohtuuttomina? Vaarana voi olla osaamisen ideaalikuvan välittäminen yksilötasolle, eikä vain tavoitteena vaan normina. Se voi luoda sote-ammattilaisille (niin työntekijöille kuin johtajille) epärealistisia odotuksia ja niihin vastaamisen paineita, joista voi kehkeytyä negatiivisia seuraamuksia (esim. uupumusta, ks. Bolino, Hsiung, Harvey & LePine 2015).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijät ja johtajat työskentelevät suurien ja jatkuvien muutosten ja uudistusten keskellä, ja heidän odotetaan perustyönsä tekemisen ja palvelujen saatavuuden varmistamisen lisäksi osallistuvan muutosten edistämiseen ja organisaatioiden kehittämiseen. Samalla heidän pitäisi myös kiinnittää huomiota osaamisensa kehittämiseen. Mutta onko perusteltua erotella palvelujen ja organisaation kehittäminen, ja siihen aktiivisesti osallistuminen, asiakastyön ympärille rakentuvasta perustehtävästä? Kyse on pikemminkin kokonaisuudesta, jossa palvelut ja niiden kehittäminen yksilö-, yhteisö- ja organisaatiotasolla sulautuvat toisiinsa ja ovat luonteva osa jatkuvasti muuttuvaa ja uudistuvaa sosiaali- ja terveysalaa. Jos vanhat totutut toimintatavat eivät tue integroituvaa toimintaa, vastuu niiden kehittämisestä ja uusien ratkaisujen kokeilusta ja koettelusta kuuluu kaikille asianosaisille – työntekijöistä johtajiin. Tämä edellyttää paitsi myönteistä asennoitumista yhteiseen vastuunkantoon niin myös monipuolista osaamista sekä työntekijöiltä että

johtajilta niin yksilöinä kuin moniammatillisesti ja rajoja ylittävinä yhteistyötä tekevinä asiantuntijakeskittyminä.

Tässä integroituvien palvelujen kokonaisuudessa on ensiarvoisen tärkeää miettiä yksilö- ja organisaatiotason keinoja siihen, että osaamisen kehittämisestä ei tule taakka työntekijöille ja johtajille, tai että sitä ei aseteta vastakkain asiakastyöhön panostamisen kanssa. Tällaisten uhkakuvien ja haasteiden tunnistaminen sekä pohtiminen ovat seikkoja, joita ei saa unohtaa kehittämistyössä: negatiivisetkin näkökulmat huomioimalla kasvaa todennäköisyys hyvän lopputuloksen saavuttamiselle.

Lähteet

Aitken Kim & von Treuer Kathryn 2014. Organizational and leadership competencies for successful service integration. *Leadership in Health Services* 27(2), 150–180.

Arola Marjut 2020. *Organisaatiokansalaisuus sosiaalityön professiossa*. Väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 228. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Arola Marjut, Laulainen Sanna & Pehkonen Aini 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä organisaatiokansalaisuuden piirteistä. *Työelämän tutkimus* 16(1), 33–48.

Bandura Albert 1977. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2), 191–215.

Bergh Donald D., Ketchen Jr., David J, Orlandi Ilaria, Heugens Pursey P.M.A.R & Boyd Brian K. 2019. Information Asymmetry in Management Research: Past Accomplishments and Future Opportunities. *Journal of Management* 45(1), 122–158.

Bettencourt Lance A. 2004. Change-Oriented Organizational Citizenship Behaviors: The Direct and Moderating Influence of Goal Orientation. *Journal of Retailing* 80(3), 165–180.

Bihari Axelsson Susanna & Axelsson Runo 2009. From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care* 23(4), 320–330.

Bolino Mark C., Hsiung Hsin-Hua, Harvey Jaron & LePine Jeffrey A. 2015. “Well, I’m tired of tryin’!” Organizational citizenship behavior and citizenship fatigue. *Journal of Applied Psychology* 100(1), 56–74.

Burke Ronald J. & Cooper Cary L. (toim.) 2013. *Voice and Whistleblowing in Organizations. Overcoming Fear, Fostering Courage and Unleashing Candour*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham, UK & Northampton USA.

Cheetham Graham & Chivers Geoff 2005. *Professions, Competence and Informal Learning*. Edward Elgar, Cheltenham.

Choi Jin N. 2007. Change-oriented organizational citizenship behavior: effects of work environment characteristics and intervening psychological processes. *Journal of Organizational Behavior* 28(4), 467–484.

Duncan Carrie M. & Schoor Mecan A. 2015. Talking Across Boundaries: A Case Study of Distributed Governance. International Society for Third-Sector Research ISRT. *Voluntas* 26(3), 731–755.

Hanhinen Taina 2010. *Työelämäosaaminen. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1571. Tampereen yliopisto, Tampere.

Hujala Anneli & Lammintakanen Johanna 2018. *Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön*. Kunnallisalan kehittämissäätiö julkaisu 12.

Helsinki. https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon/

Hujala Anneli, Laulainen Sanna, Taskinen Helena, Aunola Anniina & Martikainen Jari 2020. *Sote-johtajien yhteistyö: Neljä näkökulmaa integroivaan johtamiseen*. Itä-Suomen yliopisto. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-3408-6/

Hujala Anneli, Mustonen Erja, Klinga Charlotte, Lammintakanen Johanna, Laulainen Sanna & Taskinen Helena 2020. Integroiva johtaminen. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 131–149.

Joensuu Minna & Niiranen Vuokko 2019. Political Leaders´ Experiences of Local Council, Board Committee Work and its Challenges in Finland. *Administrative Sciences* 9(4), 77. https://doi.org/10.3390/admsci9040077

Johanson Jan-Erik, Johnsen Åge, Pekkola Elias & Reid Stephen Affleck 2019. Strategic Management in Finnish and Norwegian Government Agencies. *Administrative Sciences* 9(4), 80. https://doi.org/10.3390/admsci9040080

Juujärvi Soile, Sinervo Timo, Laulainen Sanna, Niiranen Vuokko, Kujala Sari, Heponiemi Tarja & Keskimäki Ilmo 2019. *Sote-ammattilaisten yhteinen osaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa*. Päätösten tueksi 3/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kaihlanen Anu, Laulainen Sanna, Niiranen Vuokko, Keskimäki Ilmo, Hietapakka Laura & Sinervo Timo 2019. ”Yrittäny vaan kestää pinnalla – tai sil pelastuslautalla” Sote-henkilöstön näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon muutosten keskeltä. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2), 152–164.

Kangasniemi Mari, Hipp Kirsi, Häggman-Laitila Arja, Kallio Hanna, Karki Suyen, Kinnunen Pirjo, Pietilä Anna-Maija, Saarnio Reetta, Viinamäki Leena, Voutilainen Ari & Waldén Anne 2018. *Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.

Keskinen Soili 2005. *Alaistaito: Luottamus, sitoutuminen ja sopimus*. Kunnallisalan kehittämissäätiö KAKS, Helsinki.

Laulainen Sanna 2010. *”Jos mittää et anna niin mittää et saa” – Strateginen toimijuus ja organisaatiokansalaisuus vanhustyössä*. Väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 9. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Miller Robin & Stein Viktoria K. 2020. The Odyssey of Integration: Is Management its Achilles’ Heel? *International Journal of Integrated Care* 20(1), 7. https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.5440/

Mönkkönen Kaarina & Kekoni Taru 2020. Monitoimijaisuus työntekijän haasteena. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.)

Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press, Tampere, 215–240.

Niiranen Vuokko 2014. Johtamistyön sisältö ja johtamisen moniulotteisuus. Teoksessa Niiranen Vuokko, Joensuu Minna, Lammintakanen Johanna & Kerkkänen Mervi (toim.) *Johtajana muutoksissa*. ACTA 253, Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 43–56.

Niiranen Vuokko 2016. Uudistuvat verkostot ja yhteistyörakenteet johtamisessa. Teoksessa Syväjärvi Antti & Pietiläinen Ville (toim.) *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Tampere University Press, Tampere, 297–315. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0344-0

Niiranen Vuokko 2020. Tiedon käyttäminen kuntien päätöksenteossa ja kuntia koskevien päätösten toimeenpanossa. *Focus Localis* 48(3), 63–74.

Niiranen Vuokko, Zitting Joakim & Laulainen Sanna 2019. Challenges for Management in Implementing Reforms at the Ministry Level and in Health and Social Service Organizations in Finland. *Administrative Sciences* 9(3), 66. https://doi.org/10.3390/admsci9030066

Nummela Olli, Juujärvi Soile & Sinervo Timo 2019. Competence needs of integrated care in the transition of health care and social services in Finland. *International Journal of Care Coordination* 22(1), 36–45. https://doi.org/10.1177/2053434519828302

Nuutinen Sanna, Heikkilä-Tammi Kirsi & Manka Marja-Liisa 2014. Työyhteisötaitojen merkitys organisaatiomuutoksessa – Miten henkilöstö voi edistää muutoksen onnistumista? *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 42(4), 429–448.

OECD 2015. *Public Governance Reviews. Finland. Fostering Strategic Capacity across Governments and Digital Services across Borders. Summary of key findings.* http://www.oecd.org/gov/key-findings-finland.pdf

Ollila Seija, Raisio Harri, Vartiainen Pirkko, Lindell Juha, Pernaa Hanna-Kaisa & Niemi Tomi 2018. Organisaatio muutoksen pyörteissä – hajautuksessa asiantuntijoiden osaaminen esiin. *Työelämän tutkimus* 16(4), 236–250.

Organ Dennis W. 1988. *Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome*. Lexington Books, Lexington.

Organ Dennis W. 1997. Organizational Citizenship Behavior: It's Construct Clean-Up Time. *Human Performance* 10(2), 85–97.

Paloniemi Susanna 2004. *Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä*. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education Psychology and Social Research 253. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Pihlainen Vuokko, Kivinen Tuula & Lammintakanen Johanna 2016. Management and leadership competence in hospitals: a systematic literature review. *Leadership in Health Services* 29(1), 95–110.

Pihlainen Vuokko, Kivinen Tuula & Lammintakanen Johanna 2019. Experts' perceptions of management and leadership competence in Finnish hospitals in 2030. *Leadership in Health Services* 32(2), 280–295.

Podsakoff Philip M., MacKenzie Scott B., Paine Julie B. & Bachrach Daniel G. 2000. Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of the Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research. *Journal of Management* 26(3), 513–563.

Podsakoff Nathan P., Whiting Steven W., Podsakoff Philip M. & Blume Brian D. 2009. Individual- and Organizational-Level Consequences of Organizational Citizenship Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology* 94(1), 122–141.

Rose Kevin 2016. Examining Organizational Citizenship Behavior in the Context of Human Resource Development: An Integrative Review of the Literature. *Human Resource Development Review* 15(3), 295–316.

Saari Tiina 2016. Resilienssi työntekijän voimavarana asiantuntijatyön aikapaineiden hallinnassa. *Hallinnon tutkimus* 35(3), 232–243.

Schwarz Gavin M., Bouckenooghe Dave & Vakola Maria 2020. Organizational change failure: Framing the process of failing. *Human Relations* 00(0), 1–21. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0018726720942297

Seppälä Tuija, Lipponen Jukka, Bardi Anat & Pirttilä-Backman Anna-Maija 2012. Change-oriented organizational citizenship behaviour: An interactive product of openness to change values, work unit identification and sense of power. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 85(1), 136–155.

Sinervo Timo & Keskimäki Ilmo 2019. Palveluintegraatiota käytännössä, Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka* 84(4), 425–433.

Sinkkonen Sirkka & Taskinen Helena 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa Vuori Jari (toim.) *Terveys ja johtaminen*. WSOY, Helsinki, 78–104.

Taskinen Helena & Hujala Anneli 2020. Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 47–75.

Tolmala Annika, Koponen Johannes, Hämäläinen Mirja, Korhonen Satu, Koskinen Minea, Asikainen Noora & Kangasniemi Mari 2019. Asiantuntijoiden näkemyksiä työn uusjaosta tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla – Delfoi-tutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56(1), 27–41.

Vigoda-Gadot, Eran & Itai Beeri 2012. Change-Oriented Organizational Citizenship Behavior in Public Administration: The Power of

Leadership and the Cost of Organizational Politics. *Journal of Public Administration Research and Theory* 22(3), 573–596.
Yukl Gary 2010. *Leadership in Organizations*. Pearson, New York. 7th ed.
Zitting Joakim, Laulainen Sanna & Niiranen Vuokko 2019. Lähi- ja keskijohdon osaamisvaatimukset sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(4), 380–392.
Zitting Joakim, Niiranen Vuokko & Laulainen Sanna 2020a. Hajautettu organisaatio työyhteisönä ja johdettavana sosiaali- ja terveyspalveluissa. *Focus Localis* 48(2), 64–80.
Zitting Joakim, Hietapakka Laura, Laulainen Sanna, Niiranen Vuokko & Sinervo Timo 2020b. Henkilöstön luottamus organisaatioon ja johtajiin sosiaali- ja terveyspalvelujen organisaatiomuutoksessa. *Janus* 28(2), 168–184.

Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kaija Saranto, Ulla-Mari Kinnunen, Virpi Jylhä & Eija Kivekäs

Johdanto

Kansallinen ohjaus, toimintakulttuurien muutos ja kansalaisten valmius sähköisten palveluiden käyttöön yhdessä tietotekniikan nopean kehittymisen kanssa luovat edellytyksiä digitalisaatiolle. Digitalisaatio on sekä toimintatapojen uudistamista että sisäisten prosessien ja palveluiden sähköistämistä. Kansallinen Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategia painotti sekä kansalaisten että ammattilaisten osallistumisen tärkeyttä digitalisaation edistämisessä (STM 2014). Toisaalta strategia toi myös vaateita sähköisten palvelujen käytön osaamiseen, oikea-aikaisen ja laadukkaan tiedon tuottamiseen ja sen hyödyntämiseen. Sähköisten palveluiden perustana on turvallinen tiedonhallinta. Nämä kaikki yhdessä vahvistavat digitalisaation

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 179–212.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

mahdollisuuksia, joiden toteutumista ohjataan kansallisesti. Tämä artikkeli paneutuu digitalisaation ja sähköisten palvelujen kasvavaan rooliin sosiaali- ja terveydenhuollossa (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Digitalisaation rooli sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tavoitteena on antaa kuva digitalisaation kansallisen ohjauksen kehityksestä ja roolista palvelujärjestelmässä. Esimerkeillä havainnollistetaan tiedon tuottamista ja hallintaa turvallisesti sekä sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä kansalaisille. Muutos on merkittävä sekä kansalaisten että palveluntuottajien kannalta, sillä siihen sisältyy niin työvälineiden, työtapojen kuin toimintaympäristöjen muutos.

Digitalisaation kansallinen ohjaus ja organisointi

Suomessa on pitkä perinne asiakirjojen sähköistämisen (digitointi) ja sähköisten palvelujen eri menetelmin ja välinein tapahtuvan käyttöönoton (digitalisaatio) ohjauksessa ja toimeenpanossa (STM 2016; Vehko, Ruotsalainen & Hyppönen 2019). Ensimmäinen kansallinen strategia tietotekniikan hyödyntämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa julkaistiin jo vuonna 1996, ensimmäisten joukossa Euroopassa (STM 1995). Keskeisinä linjauksina strategiassa nähtiin palvelujen porrastaminen, verkostoituminen, kansalaisten, asiakkaiden ja henkilöstön toimintamahdollisuuksien ja osaamisen vahvistaminen, tietosuojan ja tietoturvan kehittäminen sekä tietojärjestelmien integraation ja yhteensopivuuden parantaminen. Strategiassa luotiin perustaa myös koulutuksen ja tutkimuksen edistämiseen. Strategian toimeenpanoon liittyi Satakunnan Makropilotti -hanke vuosina 1999–2001, jonka tavoitteena oli kehittää tietoteknisiin ratkaisuihin perustuvia asiakaslähtöisiä, saumattomia palveluketjuja ja itsenäistä suoriutumista tukevia ratkaisuja. Lisäksi hankkeessa kehitettiin ja käyttöönotettiin henkilön sähköinen tunnistus sosiaalikortin avulla, mikä edisti tietosuojan ja tietoturvan toteutusta. Hankkeen haasteiksi muodostuivat toiminnallinen sitoutuminen, keskusjohdon tuki, tavoitteiden operationalisointi, asiakirjojen tietosisältöjen määrittelyt, eri osapuolten (sosiaali- ja terveydenhuolto, teknologiayritykset) osaaminen ja osallisuus sekä monialainen yhteistyö. (Ohtonen 2002.)

Vuonna 2002 alkaneen kansallisen terveyshankkeen keskeisenä tavoitteena oli sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto ja kehittäminen (STM 2005). Hankkeessa hyödynnettiin Makropilotin tuloksia ja paneuduttiin erityisesti potilaskertomuksen rakenteiden ja tietosisältöjen määrittelyyn. Tätä kehitystyötä viivästytti lainsäädännön puute. Lainsäädäntö täydentyi vuonna 2007, kun Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui

voimaan (L159/2007). Kansallisen terveyshankkeen rinnalla valmisteltiin sosiaalialan Tikesos-hanketta (2004–2011), jonka tavoitteena oli erityisesti sosiaalialan toimintaprosessien kuvaus, palvelukohtainen tietosisältöjen määrittely ja -mallinnukset sekä dokumentoinnin kehittäminen (Kuusisto-Niemi, Ryhänen & Hyppönen 2018). Sekä terveydenhuollon että sosiaalialan asiakirjojen rakenteiden määrittelyyn ja standardointiin perustettiin vuonna 2012 Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Operatiivisen toiminnan ohjauksen yksikkö. Yksikköä aikaisemmin oli jo käynnistynyt kansallinen Koodisto-palvelu, jonka kautta sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiakastietojärjestelmien tarvitsemat yhtenäiset tietorakenteet sekä tilasto- ja rekisteritiedonkeruun keskeiset luokitukset ovat saatavissa. (THL 2019a.)

Tilanne kaksi vuosikymmentä ensimmäisen sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategian jälkeen on monelta osin hyvin samankaltainen. Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategian linjaukset painottavat teknisen infostruktuurin ja ekosysteemin, erityisesti arkkitehtuurin, standardien, tietoturvan ja tietoliikenteen kehittämistä yhteistyössä (STM 2014). Edelleen korostuu kansalaisten ja ammattilaisten osallistumisen tärkeys digitalisaation kehityksen jalkauttamisessa. Palvelujärjestelmän tulee tarjota integroituja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, jotka lähtevät asiakkaan tarpeista ja ovat saatavilla yhdenvertaisesti ja esteettömästi. Lisäksi palveluiden saatavuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta arvioidaan systemaattisesti. Johtaminen sekä siihen liittyvät yhteiskunnalliset päätökset pohjautuvat ajantasaiseen ja vertailukelpoiseen, alueellisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti saatavilla olevaan tietoon. Nimensä mukaan Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena -strategiassa korostuu sähköisen tiedonhallinnan merkitys ajantasaisen tiedon ja nykyaikaisten työvälineiden hyödyntämiseen palvelujen tuottamiseen, toiminnan arviointiin ja päätöksentekoon. (STM 2014.) Strategian arvioinnin tueksi ja osittain palvelujärjestelmän uudistamisen ja teknologisen kehityksen haasteiden tueksi Sosiaa-

li- ja terveysministeriö on julkaissut digitalisaatiolinjaukset vuoteen 2025. Näissä linjauksissa kuvataan digitalisaation kehittämiskohteita ja mahdollisuuksia (STM 2016).

STM:n hallinnonalan yhteinen digitalisaation visio vuoteen 2025
Asiakas on tärkein – Parempaa tietoa – parempia valintoja, toimintaa ja palveluita
Hallinnonalan yhteiset linjaukset:
Tarjoamme palvelut yhdenvertaisesti
Pyydämme tiedon vain kerran
Tarjoamme hallinnonalan ammattilaisille käyttöön kyvykkäät sähköiset järjestelmät
Huomioimme myös yritysten tarpeet
Uudistamme lupa- ja valvontatoiminnan
Ohjaamme luotettavalla suunnittelu- ja seurantatiedolla
Uudistamme lainsäädäntöä ja termistöä mahdollistamaan digitalisaatiota
Huomioimme tietoturvallisuuden ja yksilön suojan.
(STM 2016)

Digitalisaation edellyttämien toimenpiteiden kokonaisuutta kuvataan usein ekosysteemimallin ja -ajattelun avulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä voidaan nähdä yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena, josta tunnistetaan ekosysteemin ominaisuuksia, kuten kompleksisuus ja systeemisyys, keskinäisriippuvuus sekä elinkaari ja sopeutumiskyky (Kaihovaara, Haila, Noro, Salminen, Härmälä, Halme, Mikkelä, Saarnivaara & Pekkala 2017). Palveluprosessit ovat tavoitteellisia, mutta usein myös monimutkaisia ja niiden ohjaus ja kontrollointi ovat vaativia. Ekosysteemin olennainen piirre on yhteistyö, jossa menestymisen etu on kaikkien yhteinen etu. Sosiaali- ja terveydenhuollossa jokaisella toimijalla on vahvat omat intressit ja motiivit toimia ekosysteemin osana, silti he ovat riippuvaisia myös muista toimijoista. Ekosysteemien elinkaaren ja kiertokulun kannalta tärkeää on saada hyödynnettyä olemassa olevat resurssit ja rakentaa niiden pohjalta uutta toimintaa. Kyky sopeutua toimintaympäristön muutokseen on ekosysteemien toiminnan elinehto pidemmällä

aikavälillä. (Kaihovaara ym. 2017.) Tiedonhallinnan näkökulmasta ekosysteemin rakentumisessa on tärkeää huomioida sen tarkoitus, toimijaverkosto, toimintatavat ja -muodot sekä ekosysteemin edellytykset toimia.

Digitalisoida; digitoida muuttaa digitaalitekniikkaan pohjautuvaksi. Digitaalitekniikkaan pohjautuvilla laitteilla voidaan käsitellä numeerisessa muodossa ilmaistua tietoa, kun analogiset laitteet taas käsittelevät jatkuvana suureena esitettyä tietoa.

Digitoida-verbiä voidaan käyttää silloin, kun on kyse esimerkiksi äänen tai kuvan muuntamisesta digitaaliseen muotoon (sähköinen tallennusmuoto voi olla digitaalinen tai analoginen).

(Sanastokeskus TSK ry. 2001, Brennen & Kreiss 2016)

Digitalisaatio on sekä toimintatapojen uudistamista, sisäisten prosessien digitalisointia että palveluiden sähköistämistä. Kyse on isosta oivalluksesta, miten omaa toimintaa voidaan muuttaa – jopa radikaalisti – toisenlaiseksi tietotekniikan avulla. Käyttäjälähtöisyys on olennainen osa digitalisaatiota. Hallintoa on kehitettävä asiakkaan näkökulmasta, oli sitten kyse ulkoisesta tai sisäisestä asiakkaasta. Käyttäjälähtöiset digitaaliset julkiset palvelut ovat myös Suomen kilpailukyvyn edellytys. (STM 2016 ja VM 2016)

Yhteistä eri toimialoille ja toimijoille sosiaali- ja terveydenhuollossa on ymmärtää digitalisaatio työtapojen, roolien ja liiketoiminnan muuttamisena digitaalista tekniikkaa hyödyntäen. Muutokset liittyvät prosesseihin, organisaatioon ja sen uusiin palveluihin tai uudella tavalla tarjottaviin palveluihin sekä liiketoimintaan. Kehityksen seurauksena toimijoiden roolit ja ekosysteemin arvoketjut muuttuvat. Vaikutukset näkyvät myös yhteiskunnassa, jossa sosiaaliset rakenteet, kuten työskentelytavat tai päätöksentekotavat, muuttuvat. (Brennen & Kreiss 2016; Parviainen, Tihinen, Kääriäinen & Teppola 2017.)

Digitalisaation edellytykset

Euroopan tasolla yhteinen tavoite on palveluiden saattaminen digitaalisiksi aina silloin, kun se on mahdollista. EU- ja EFTA-maiden yhteinen julkilausuma (European Union 2017) painottaa digitalisaatio oletusarvona (*digital by default*) -periaatetta. Digitalisaatio-teema on ollut Suomessa hallituskausien yhtenä kärkihankkeena, jonka tavoitteena on ollut saada julkiset palvelut käyttäjälähtöisiksi ja digitaalisiksi. Hallitusohjelmien visioiden mukaan Suomi on vuonna 2025 uudistuva, välittävä ja turvallinen maa (VN 2015) ja oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava maa (VN 2019). Tavoitteena on myös muun muassa kehittää julkisia palveluita koskevat digitoinnin periaatteet ja sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Valtionvarainministeriön digitalisoinnin periaatteiden mukaan palveluja kehitetään asiakaslähtöisesti poistamalla tarpeetonta asiointia ja kehittämällä helppoja ja turvallisia palveluja, joista koituu hyötyä asiakkaille (VM 2016; 2017). Asiat ovat siis edenneet vuodesta 1995, sillä verkkoasioinnin ja vahvan tunnistamisen avulla palveluja voidaan käyttää yhä monipuolisemmin niin julkisissa kuin yksityisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa palveluissa.

Digitalisaation yksi tärkeimmistä edellytyksistä on tiedon ja palvelujen käytön osaaminen ja oikeanlainen hyödyntäminen (STM 2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisoitumista on seurattu ja arvioitu STM:n ja THL:n koordinoimana vuodesta 2013 alkaen. Ensimmäinen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden arviointi toteutettiin vuosina 2012–2015 Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi (STePS) -hankkeessa, joka koostui neljästä osatutkimuksesta:

1. Terveydenhuollon eKartta kuvasi terveydenhuollon tietojärjestelmien saatavuutta ja käyttöä (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015)

2. Sosiaalihuollon eKartta vastaavia tietoja sosiaalihuollon tietojärjestelmistä (Kärki & Ryhänen 2015)
3. Tietojärjestelmät lääkärin työvälineinä (Lääveri, Vainionmäki, Kaipio, Reponen, Vänskä, Lehtovirta & Hyppönen 2015) kuvasi lääkäreiden kokemuksia potilaskertomusjärjestelmien käytettävyydestä
4. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet -osatutkimus kuvasi palvelujen saatavuutta kansalaisten näkökulmasta (Hyppönen, Hyry, Valta & Ahlgren 2014).

STePS 2.0 -hankkeessa vuosina 2016–2019 toistettiin neljä aiempaa osatutkimusta sekä sairaanhoitajille suunnattu tietojärjestelmäkysely (Hyppönen, Pentala-Nikulainen & Aalto 2018; Kuusisto-Niemi ym. 2018; Kinnunen, Heponiemi, Rajalahti, Ahonen, Korhonen & Hyppönen 2019). Digitaalisten palvelujen ohjaamisosaaminen koettiin sairaanhoitajien keskuudessa haasteena. Sen sijaan yleinen tieto- ja viestintätekniikan osaaminen, kuten tietotekniset perustaidot, tietoturvan ja tietosuojan sekä tiedonhallinnan eettisten periaatteiden noudattaminen, arvioitiin hallittavan hyvin (Kinnunen ym. 2019.) Meneillään olevassa Steps 3.0 -hankkeessa (2019–2023) valtakunnalliset tietojärjestelmäpalveluiden seuranta- ja arviointikyselyt kohdistuvat sosiaalihuollon johdolle, terveydenhuollon johdolle, lääkäreille, sairaanhoitajille, sosiaalialan korkeakoulutetuille ja väestölle. Useiden tieteellisten julkaisujen lisäksi THL julkaisee tulokset tietokantaraportteina. (THL 2020.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon saumaton tiedonkulku on yhteistyön edellytys, jottei potilasturvallisuutta vaaranneta. Käytössä olevien potilas- ja asiakastietojärjestelmien integraatiot ovat edelleen puutteelliset ja samoja asioita joudutaan kirjaamaan useaan paikkaan (Hyppönen, Lääveri, Hahtela, Suutarla, Sillanpää, Kinnunen, Ahonen, Rajalahti, Kaipio, Heponiemi & Saranto 2017). Puutteellinen, puuttuva tai epäselvä asiakas- ja potilastieto on vaaratapahtumaraporttienkin (HaiPro-ohjelma) mukaan selkeä potilasturvallisuutta

vaarantava tekijä. Virheellinen ja puuttuva kirjaaminen vaikuttaa myös suullisen viestinnän epäselvyyteen aiheuttaen vakavia vaaratilanteita potilaan hoidossa (Saranto, Kivekäs, Kuosmanen & Kinnunen 2018). Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategian väliarvioinnin (STM 2019) mukaan asiakaslähtöisyyden tulisi näkyä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan kehittämisessä. Asiakaslähtöisyys edellyttää yhteistyötä ja palveluekosysteemin muodostamista, jossa potilas ja asiakas ja häntä koskeva tieto liikkuvat palvelutuottajien välillä.

Tietojärjestelmien uudistaminen vaatii johdonmukaisuutta, kokeiluja, mahdollisuuksien havainnointikykyä ja kokonaisvaltaista ymmärrystä asiakas- ja potilaskohtaisen tiedon käyttömahdollisuuksista (Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017). Erikoissairaanhoidon potilaille ja heidän läheisilleen suunnattu tutkimus osoitti, että sähköiset palvelut ovat osa potilaiden arkea. Kanta-palvelut olivat tuttuja ja käyttökokemuksen lisääntyessä palvelut koettiin mielekkäiksi. Nuoret asiakkaat (alle 26 vuotta) hallitsevat välineiden käytön (tietokone, mobiililaitteet) ja vastaavasti iäkkäämmät (yli 63 vuotta) vastaajat epäilivät omia käyttötaitojaan, mutta kokivat olemassa olevat sähköiset terveyspalvelut mielekkäiksi (Saranto ym. 2018). Kanta-palvelut tunnettiin vastaajien joukossa hyvin, sähköinen lääkemääräys eli e-resepti oli yleisesti käytössä (96 % vastaajista) ja moni vastaajista (68 %) oli hakenut terveystietoja Omakannasta. (Kivekäs, Kuosmanen, Kinnunen, Kansanen & Saranto 2019.)

Turvallinen tiedon hallinta sähköisissä palveluissa

Sähköiset asiointipalvelut ovat vakiintuneet osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta; tästä hyvänä esimerkkinä ovat kansalliset Kanta-palvelut. Sähköiset palvelut voivat olla tiedottavia, vuorovaikutteisia tai asioinnin mahdollistavia palveluja. Soveltuvissa

tapauksissa vuorovaikutteiset omahoitopalvelut, kuten Terveyskylän digihoitopolut, voivat korvata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kohtaamisen. Kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palveluiden kehittämisessä, käyttöönotossa sekä käytössä on erityisen tärkeää arvioida palvelun sopivuus tilanteeseen sekä huomioida yksityisyyden suojan lisäksi palvelujen vaikuttavuus ja potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutuminen.

Lainsäädäntö ja ammattieettiset ohjeet ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa sähköisissä palveluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käsiteltävät tiedot ovat arkaluonteisia ja näin ollen niiden suojaamiseen on kiinnitettävä kaikessa toiminnassa erityistä huomiota. Sosiaalihuollon asiakasta koskevat tiedot (L254/2015, Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista, 14§) sekä potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot (L785/1992, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 13§) ovat salassa pidettäviä. Kansalaisilla on oikeus edellyttää, että perustuslaissa turvattu yksityisyyden suoja toteutuu myös sähköisissä palveluissa. Kansallisessa kyselyssä pelko yksityisyyden menettämisestä on tunnistettu esteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen käytölle. Kolmasosa kyselyyn vastanneista kansalaisista on huolestunut henkilökohtaisten tietojensa turvallisuudesta eikä luota siihen, että henkilötiedot pysyvät salassa nimettömissä yhteydenotoissa. (Hyppönen ym. 2018.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/2007) määrää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallisesta sähköisestä käsittelystä tavoitteena palvelujen tuottaminen potilas- ja asiakasturvallisesti ja tehokkaasti. Asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Tietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan. Näiden keskeisten tietoturvan osa-alueiden varmistamista varten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tulee olla laadittu sisäänrakennetut käytännöt. Tietoturvalla siis tarkoitetaan järjestelyjä, joilla pyritään varmistamaan tiedon saatavuus, eheys ja luottamuksellisuus (Sanastokeskus TSK 2018). Tietoturvaan

kuuluu muun muassa tietoaineistojen, laitteistojen, ohjelmistojen, tietoliikenteen ja toiminnan turvaaminen.

Tietosuojalla tarkoitetaan yksityisyyden suojaamista ja sitä turvaavia oikeuksia henkilötietojen käsittelyssä, toisin sanoen ihmisen tiedollisen kotirauhan kunnioittamista (Andreasson, Koivisto & Ylipartanen 2016; Sanastokeskus TSK 2018). Tämä tarkoittaa, että henkilötietoja käsitellään lainmukaisesti yksilön perusoikeuksia kunnioittaen ja henkilötietoja käsittelevät vain ne henkilöt, joilla on siihen laillinen oikeus. Sähköisten palveluiden kehittämistyössä on huomioitava tietoturvallisuuden varmistaminen ja tietosuojaperiaatteet (taulukko 1) jo suunnitteluvaiheessa.

Taulukko 1. Henkilötietojen turvallinen käsittely

Henkilötietoja on
- käsiteltävä lainmukaisesti, asianmukaisesti ja rekisteröidyn kannalta läpinäkyvästi
- käsiteltävä luottamuksellisesti ja turvallisesti
- kerättävä ja käsiteltävä tiettyä, nimenomaista ja laillista tarkoitusta varten
- kerättävä vain tarpeellinen määrä henkilötietojen käsittelyn tarkoitukseen nähden
- päivitettävä aina tarvittaessa □ epätarkat ja virheelliset henkilötiedot on poistettava tai oikaistava viipymättä
- säilytettävä muodossa, josta rekisteröity on tunnistettavissa ainoastaan niin kauan kuin on tarpeen tietojenkäsittelyn tarkoitusten toteuttamista varten. (Tietosuojavaltuutettu 2019)

Tietosuoja ja -turva tulee huomioida sekä prosessien että tietojärjestelmien suunnittelussa ja keskeisten tietosuojaperiaatteiden tulee olla sisäänrakennettuna osaksi toimintaa. Näillä tarkoitetaan henkilötiedon keruun ja käsittelyn minimointia eli kerätään ja käsitellään vain tarpeellista tietoa, käyttöoikeuksien asianmukaista hallintaa sekä asiakas- ja potilastietojen käytönvalvontaa. Lisäksi organisaatiossa tulee olla tietosuojavastaava, jonka tehtäviin kuuluu tietosuojan toteutumisen sekä henkilötietojen käsittelyn seuranta ja näihin liittyvä ohjaus ja neuvonta.

Lainsäädäntö ja oikeuskäytäntö antavat toiminnalle rajat, mutta huomionarvoista on, että tietotekniikka kehittyy lainsäädäntöä nopeammin. Lainsäädäntö yksistään ei riitä digitalisoituvan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukseen, vaan tarvitaan myös eettistä pohdin-

taa ja ohjeistusta. Eettiset ohjeet tai säännöt luovat periaatteet, jotka toimivat ammattihenkilöiden tukena ja samalla kertovat yhteisölle millaiset periaatteet ohjaavat ammattihenkilöiden toimintaa. Eettiset ohjeet muodostavat hiearkisen kokonaisuuden, jossa ylimpänä ovat arvot ja periaatteet, näiden alla käytännön ohjeet ja alimpana konkreettiset toimintaohjeet.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta Etene (2010) korostaa kannanotossaan *Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa* seuraavia näkökulmia teknologian hyödyntämisessä:

- teknologian yhdenvertainen ja oikeudenmukainen käyttö palvelujärjestelmässä ja kansalaisten tasa-arvoinen kohtelu
- teknologian käytöstä sopiminen ja sen soveltuvuuden arviointi käyttäjien tarpeisiin ja elämäntilanteisiin
- tietojärjestelmien luotettavuuden ja asiakkaiden yksityisyyden suojaamisen varmistaminen
- henkilöstön osaamisen varmistaminen.

Kansainvälisen lääketieteellisen tietotekniikan yhdistyksen (IMIA, *International Medical Informatics Association*) terveydenhuollon tiedonhallinnan eettinen ohje perustuu yleisen etiikan ja informaatioetiikan periaatteisiin (IMIA 2016). Yleisen etiikan kuusi periaatetta ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, hyvän tekeminen, vahingon välttäminen, toteutettavuus ja luotettavuus. Näistä on johdettavissa informaatioetiikan seitsemän periaatetta, joita ovat yksityisyys, avoimuus, tietoturva, tiedon saatavuus, laillisen oikeudenloukkauksen periaate ja vastuullisuus. Edellä listattujen periaatteiden mukaisesti kaikilla ihmisillä on perusoikeus yksityisyyteen ja siten oikeus määrätä henkilötietojensa keräämisestä, säilyttämisestä, saatavuudesta, käytöstä, välittämisestä ja hävittämisestä. Henkilötietojen käsittelystä on ilmoitettava asianmukaisesti ja ajallaan sille henkilölle, jota tiedot koskevat. Kerätyt henkilötiedot tulee suojata asianmukaisin keinoin tuhoutumista ja väärinkäyttöä

vastaan. Tiedon saatavuuden periaatteen mukaisesti henkilöllä on oikeus päästä tutustumaan sähköisiin tiedostoihin, jotka sisältävät hänen henkilötietojaan, ja tarkentaa, täydentää tai oikaista niitä.

Henkilön perusoikeutta päättää häntä koskevien tietojen käsittelystä saavat rajoittaa vain vapaan, vastuullisen ja demokraattisen yhteiskunnan lailliset, asianmukaiset ja asiaankuuluvat tietotarpeet sekä muiden henkilöiden samanvertaiset, kilpailevat oikeudet. Tätä kutsutaan laillisen oikeudenloukkauksen periaatteeksi. Lievemmän oikeudenloukkauksen periaatteen mukaan näitä oikeuksia saa loukata vain mahdollisimman lievästi ja siten, että kyseisen yksilön oikeuksiin puututaan mahdollisimman vähän. Vastuullisuuden periaatteen mukaan yksityisyyden suojaa koskevia oikeuksia sekä yksilön oikeutta määrätä omista henkilötiedoistaan saa loukata vain, jos loukkaus perustellaan hänelle hyvissä ajoin ja asianmukaisella tavalla. (IMIA 2016; Ruotsalainen 2015, 12–13.) Edellä kuvatut periaatteet muodostavat eettisiä velvoitteita terveydenhuollon tiedonhallinnan ammattihenkilöiden kohtaamiin tilanteisiin. Kyseiset eettiset ohjeet on kuvattu yksityiskohtaisesti *The IMIA Code of Ethics for Health Information Professionals* -julkaisussa (IMIA 2016) sekä edellisen version suomennetussa versiossa (Ruotsalainen 2015).

Tietotekniikan kehitys on osaltaan mahdollistanut sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiset palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tekniikan avulla pyritään tekemään hyvää ja kehittämään palveluiden asiakaskeskeisyyttä, laatua ja turvallisuutta. Lähtökohtaisesti pyrkimyksenä on kansalaisen hyvinvoinnin edistäminen. Kuitenkin eri toimijoiden motiivit tekniikan hyödyntämiseen voivat vaihdella. Tärkeää on tunnistaa tekniikan käytön itsetarkoituksellisuuden motiivin olemassaolo. Eettisesti on arveluttavaa, mikäli tekniikan käytön tiedostettuna tai tiedostamattomana perusteluna on esimerkiksi organisaation aseman korostaminen, henkilön ammattiuran edistäminen tai puhtaasti taloudellinen hyöty.

Terveydenhuoltolaissa (L1326/2010) säädetty näyttöön perustuvan toiminnan vaatimus korostaa väestön oikeutta hyvään hoitoon

ja palvelujärjestelmän velvollisuutta käyttää vaikuttaviksi tunnistettuja tai muutoin potilaille merkityksellisiä hoitomenetelmiä. Lain mukaisesti terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Edelleen terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Tämä tarkoittaa myös sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisten muutosten yhteydessä on huolehdittava palvelujen sisällöllisestä kehittämisestä sekä tunnistettava esimerkiksi digitalisaation vaikutukset hoidon ja palvelujen tuottamiin tuloksiin. Toisaalta on myös tarkasteltava sähköisten palveluiden turvallisuutta eri asiakasryhmissä. Sekä sähköisten että perinteisten vastaanottopalveluiden osalta asiakkaille ja potilaille on voitava turvata laadukkaat ja turvalliset palvelut.

Potilas- ja asiakastiedon tuottaminen ja hallinta

Digitaalisuus liittyy oleellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon koko tietotuotantoon. Strategian mukaisesti ”pyydämme tiedon vain kerran” ja kertaalleen tallennetun tiedon toissijainen käyttö edellyttää tiedon vakiointia ja laadun tarkkailua. Laadukas, turvallinen ja asianmukaisesti toteutettu hoito edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilö merkitsee potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (L785/1992, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista). Hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi pitää olla kirjattuina potilasasiakirjoihin. Tietojen tulee olla laajuudeltaan riittävät ja merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (A298/2009, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) antamissa ohjeissa (Jokinen & Virkkunen 2018) korostetaan yhteisten tietorakenteiden

ja rakenteisen tiedon hyödyllisyyttä niin potilaalle, terveydenhuollon ammattihenkilölle, kuin organisaatiollekin. Tiedon rakenteisuus parantaa tiedon laatua. Yhtenäinen tieto edistää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Lisäksi terveydenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa (L1326/2010).

Sähköinen potilaskertomus on ollut käytössä Suomen julkisessa terveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa 100-prosenttisesti jo vuodesta 2007. Myös yksityisillä palveluntuottajilla sähköinen potilaskertomus on laajassa käytössä. (Reponen, Kangas, Hämäläinen, Keränen & Haverinen 2018.) Suomessa on sähköisen potilaskertomuksen käyttöä seurattu ja tutkittu yhtäjaksoisesti ja täsmällisesti useiden vuosien ajan. THL:n (2018) koordinoimassa Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi (STePS 2.0) -hankkeessa on toteutettu kattavia kansallisia arviointeja sekä sosiaalihuollon johdolle, terveydenhuollon johdolle, lääkäreille, sairaanhoitajille että kansalaisille. (Vehko ym. 2019.)

Potilastietojen moniammatillisessa kirjaamisessa sähköiseen potilaskertomukseen käytetään useita nimikkeistöjä ja luokituksia, joiden tarkoituksena on edistää tiedon toissijaista käyttöä päätöksentekoon, johtamiseen ja kehittämiseen. Tavoitteena on yhdenmukaistaa edelleen tietojen kirjaamista ja edistää siten tietojen jatkojalostusta tiedon toissijaiseen käyttöön. Yhdenmukainen, rakenteinen sähköiseen tietojärjestelmään tuotettu ja tallennettu potilas- ja asiakastieto parantaa myös hoidon ja palvelun laatua. Yhtenäiset rakenteet myös ohjaavat hoitoprosessien ja -ohjeiden noudattamisessa. Hoidon ja palvelujen jatkuvuus ja turvallisuus parantuvat näiden myötä, samoin kansalaisen oikeusturva, kun tieto on selkeää, yhdenmukaista ja aina oikeassa paikassa. (Jokinen & Virkkunen 2018.)

Hoitotyön kirjaamista on kehitetty vuosikymmenien ajan kansainvälisten termistöjen kehittämistyötä seuraten useissa kansallisissa kehityshankkeissa. Rakenteisuus perustuu keskeisiin tietoihin,

joita ovat hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Tietojen kirjaamisessa voidaan käyttää Suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta, FinCC:n (Finnish Care Classification) termejä. FinCC perustuu yhdysvaltalaiseen CCC (Clinical Care Classification) luokitukseen (Ensio 2001; Kinnunen 2013; Kinnunen, Junttila, Liljamo, Sonninen, Härkönen & Ensio 2014; Liljamo 2018; Mykkänen 2019), jonka kanssa yhteistyö on kiinteää. Hoitotyön yhteenvedon näkyminen Kanta-arkistossa parantaa myös hoidon jatkuvuutta (Kuusisto 2018). Vaiheistusasetuksen (A1257/2015) mukaanhan hoitotyön yhteenveto on pitänyt tallentaa arkistointipalveluun siihen liittymisestä lukien.

Hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot ovat: hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto, joka koostetaan hoitotyön päivittäismerkinnöistä ed. otsikoita käyttäen.

Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa tarkoitetaan hoitotyön potilas- ja asiakastiedon tuottamista käyttäen kirjaamisessa jotain luokitusta, koodistoa, nimikkeistöä tai termistöä. Rakenteista tietoa on mahdollista täydentää vapaamuotoisella tekstillä. Tiedon rakenteisuus mahdollistaa tiedon automaattisen käsittelyn.

Jokaisesta osastohoitojaksosta ja sellaisesta polikliinisesta avohoitojaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, tulee tehdä loppuyhteenveto. Loppuyhteenvedossa kuvataan hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtunut kehitys. (Jokinen & Virkkunen 2018.)

Sosiaalialan kirjaamista on kehitetty Kansa-koulu II -hankkeessa (Socom 2018). Tavoitteena hankkeissa on, että sosiaalihuollon asiakastieto kirjataan Suomessa yhtenäisen menettelytavan mukaisesti. Näin sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain vaatimukset siirtyvät osaksi sosiaalipalvelujen arkea. Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (L254/2015) määrittää että, *"sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö sekä avustava henkilöstö, joka osallistuu asiakastyöhön, ovat velvollisia kirjaamaan sosiaalihuollon järjestämisen, suunnittelun, toteutta-*

misen, seurannan ja valvonnan kannalta tarpeelliset ja riittävät tiedot määrämuotoisina asiakirjoina".

Määrämuotoisella kirjaamisella tarkoitetaan asiakastietojen kirjaamista valtakunnallisesti yhtenäisesti sovitulla tavalla. Tämä tarkoittaa, että kaikilla sosiaalihuollon organisaatioilla on yhtenäinen käytäntö asiakasasiakirjojen nimeämiseen sekä asiakirjojen väliotsikoiden käyttöön. Määrämuotoisuus näkyy myös asiakirjan rakenteessa, että tiedon tallennusmuodossa. Sosiaalihuollon asiakastietomalli muodostaa perustan määrämuotoiselle kirjaamiselle. Malli sisältää kuvaukset tietosisältö- ja tietorakennemääritykset, jotka kuvaavat asiakastietojen, asiakirjarakenteiden ja luokitusten väliset suhteet. (THL 2019b.)

Asiakastietojärjestelmissä sosiaalipalveluiden kuvaamisen tulee perustua sosiaalipalveluiden luokituskokonaisuuteen, joka mahdollistaa vertailukelpoisen sosiaalipalveluiden tietoperustan. Luokituskokonaisuus kuvaa sosiaalihuollon palvelutehtäviä, niissä toteutettavia sosiaalipalveluja ja edelleen palveluprosesseja, joissa asiakirjatietoa syntyy. Palvelutehtävä on pakollinen tieto, joka valitaan asian vireille tulon yhteydessä ja se tallennetaan asiakastietojärjestelmään. Kaikki asiakasasiakirjat liittyvät yhteen tai useampaan palvelutehtävään. Sosiaalipalvelu-luokitusta käytetään kuvaamaan sitä palvelutehtävään kuuluvaa sosiaalipalvelua, jonka yhteydessä asiakirja on muodostunut. Sosiaalipalveluiden toteuttaminen kuvataan sosiaalihuollon palveluprosesseina, jolloin yhteen sosiaalipalveluun voi kuulua yksi tai useampia palveluprosesseja. Palveluprosessi-luokitus sisältää sosiaalipalvelun toiminnot prosessin vaiheina, joissa asiakasasiakirjoja laaditaan. (Socom 2019.)

Sosiaalityössä asiakaskohtaisen sosiaalityön luokitukset kuvaavat ammatillista sosiaalityötä, jota tehdään vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa.

- Asiakaskohtaisen sosiaalityön kohdeluokitus kuvaa sosiaalityön kohteena olevia ilmiöitä ja asioita

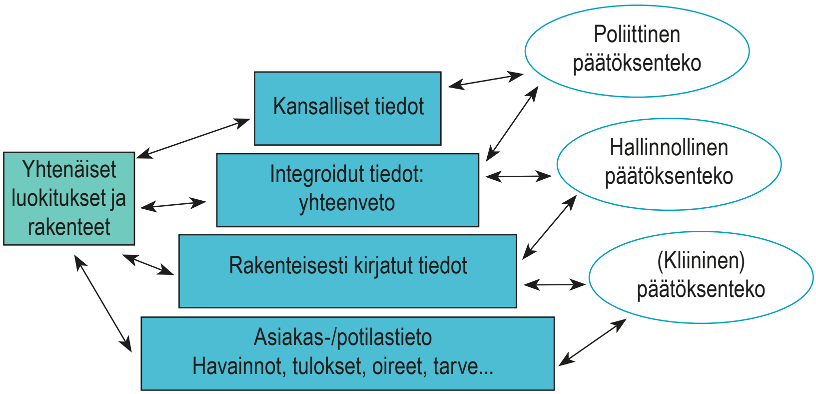
- Sosiaalityöntekijän asiakaskohtainen toimintoluokitus ryhmittelee sosiaalityöntekijän toimintaa

Edellä mainitut luokitukset soveltuvat asiakaskohtaisen sosiaalityön erittelyyn Suomessa. Niitä voidaan käyttää erilaisten sosiaalityön toimintayksiköiden ja ammattilaisten työn seurantaan, suunnitteluun ja arviointiin. Sosiaalityöntekijä käyttää luokituksia asiakaskirjaamisessa osana sosiaalihuollon sähköistä asiakastietojärjestelmää. Luokituksia on hyödyllistä käyttää yhdessä, jolloin voidaan tuottaa yhdistettyä tietoa sekä toiminnasta että työn kohdeilmiöistä. (THL 2019b.)

Rakenteisella kirjaamisella on todettu koituva hyötyjä niin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille ja organisaatiolle kuin myös asiakkaalle ja potilaalle. Potilas- ja asiakastiedon laatu on yhdenmukaista sovittuja, yhteisiä kirjaamisen rakenteita käyttäen. Tietorakenteiden käyttö helpottaa tiedon hakemista ja löytämistä suurista tietomääristä. Siten kertaalleen tuotettua tietoa voidaan entistä helpommin hyödyntää esimerkiksi hoidon ja palvelujen sekä hoitoprosessien kehittämisessä, laadun arvioinnissa, tutkimisessa ja johtamisessa. Vapaalla tekstillä tuotetun tiedon uudelleen käyttö on vaikeampaa. Päätöksenteon tuen liittäminen sähköiseen potilas/asiakaskertomukseen mahdollistuu myös rakenteisen tiedon käytön myötä. (Saranto, Kinnunen, Kivekäs, Lappalainen, Liljamo, Rajalahti & Hyppönen 2014; Saranto & Kinnunen 2014; Jokinen & Virkkunen 2018; Mykkänen 2019.)

Rakenteisesti kirjatut tiedot mahdollistavat yhteenvetotietojen tuottamisen hallinnolliseen ja poliittiseen päätöksentekoon (Goossen 2003). Asiakas- ja potilastyössä syntyvät päätökset perustuvat tietoihin, joita rakenteisesti kirjaamalla voidaan hyödyntää toissijaiseen käyttötarkoitukseen (kuvio 2) Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (L552/2019) antaa mahdollisuuden jatkossa käyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa tallennettuja asiakastietoja joustavasti ja turvallisesti erilaisissa laissa sallituissa käyttötarkoituksissa. Asia-

kastietojen ensisijaisella käytöllä viitataan siihen käyttötarkoitukseen, jonka vuoksi tiedot tallennetaan asiakasrekisteriin. Ensisijainen käyttötarkoitus voi olla esimerkiksi potilaan tutkiminen, hoitaminen ja kuntoutus tai vastaavasti sosiaalihuollon asiakkaan saama palvelu taikka Kansaneläkelaitoksen etuuskäsittely. (STM 2014.)



Kuvio 2. Rakenteisen tiedon käytön malli (mukaillen Goossen 2003)

Asiakastietojen toissijaisella käytöllä tarkoitetaan tietojen käyttöä muissa kuin ensisijaisissa käyttötarkoituksissa. Sallittuja käyttötarkoituksia ovat tieteellinen tutkimus, tilastointi, kehittämis- ja innovaatiotoiminta, opetus, tietojohtaminen, viranomaisohjaus ja -valvonta sekä viranomaisten suunnittelu- ja selvitystehtävät. (STM 2017a.) Tarkoituksena on mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollossa syntyvien tietoaineistojen käyttö myös opetuksessa, tietojohtamisessa sekä kehittämis- ja innovaatiotoiminnassa. Tietoja voidaan käyttää laissa säädetyin edellytyksin tieteellisessä tutkimuksessa, tilastoinnissa, viranomaisohjauksessa ja -valvonnassa sekä viranomaisten suunnittelu- ja selvitystehtävissä. Lisäksi lain tarkoituksena on yksinkertaistaa lupaprosessia ja turvata entistä paremmin arkaluontoisten tietojen tietoturva sekä kansalaisen henkilötietojen ja luottamuksen suoja. Lain keskeinen toteuttaja on Sosiaali- ja terveys-

alan tietolupaviranomainen (Findata), jonka tehtävänä on myöntää lupia tietojen toissijaiseen käyttöön, parantaa aineistojen tietoturvaa ja edistää kansalaisten tietosuojaa. (L552/2019.)

Kansalaiset sähköisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä

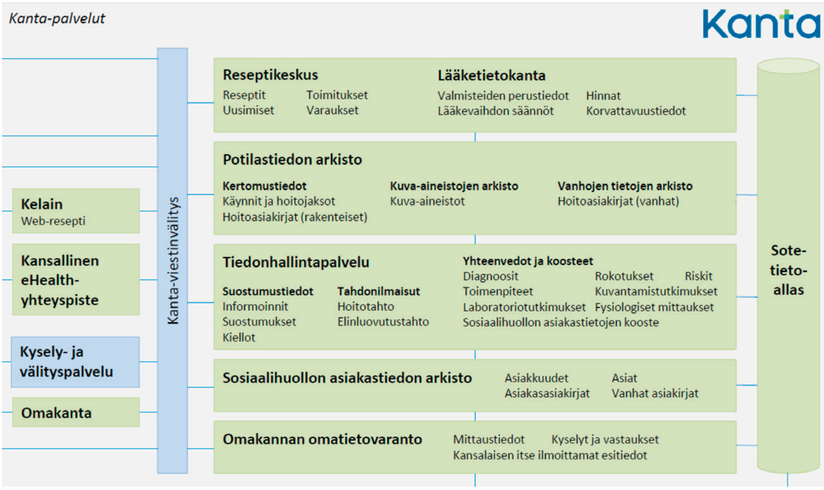
Sähköiset palvelut

Sähköisellä terveydenhuollolla tarkoitetaan tieto- ja viestintätekniikkaa hyödyntäviä terveydenhuollon tuotteita, palveluja ja prosesseja. Verkkopalvelujen tavoitteena on parantaa kansalaisten terveyttä, terveyspalvelujen tehokkuutta ja tuottavuutta sekä lisätä terveyden taloudellista ja sosiaalista arvoa. Sähköinen terveydenhuolto kattaa potilaiden ja terveydenhuollon organisaatioiden välisen vuorovaikutuksen ja tiedottamisen sekä organisaatioiden välisen tiedonsiirron. Parhaimmillaan se parantaa myös kansalaisten elämänlaatua ja käynnistää terveydenhuoltoalan innovaatioita. (European Commission 2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio edellyttää niin systeemi-, työntekijä- kuin asiakaslähtöistä muutosta. Muutokselle suopean ilmapiirin luomisessa ja muutoksen etenemisessä korostetaan keskijohdon ja lähiesimiesten merkitystä. Asiakaslähtöisyyden kannalta asiakkaiden vastuuttaminen valintojen tekijäksi edellyttää ammattilaisen apua ja tukea erilaisissa tilanteissa (ks. Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020 tässä julkaisussa). On tärkeä rakentaa sosiaali- ja terveyspalveluissa yhteistyöhön perustuvaa rajapinta-ajattelua julkisesti ja yksityisesti tuotettujen sekä maakuntien ja kuntien palvelujen käyttäjien välille (Virtanen ym. 2017).

Tiedonhallintalaissa (L906/2019) keskeistä on tietojärjestelmien yhteentoimivuuden edistäminen. Yhteentoimivuudella tarkoitetaan tietojen hyödyntämistä ja vaihtoa eri tietojärjestelmien välillä siten, että tietojen merkitys ja käytettävyys säilyvät. Tämä edellyttää

yhteisesti sovittuja tietorakenteita ja standardeja, jotta alueellisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien sisältämä tieto on hyödynnettävissä valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalvelukokonaisuudessa, Kanta-palveluissa (kuvio 3). Kanta-palvelut pitävät sisällään sähköisen reseptin (Reseptikeskus), lääketietokannan, potilastiedon arkiston ja tiedonhallintapalvelun sekä kansalaisille tarkoitetun Omakanta-palvelun. Sosiaalihuollon kansallinen arkistopalvelu liittyy osaksi Kanta-palvelua vaiheittain. Näin asiakastietojen osalta saadaan yhtenäinen palvelu, joka on myös kustannuksiltaan kohtuullinen. (Kanta-palvelut 2019.)



Kuvio 3. Kanta-palvelut (Kanta-palvelut 2019)

Kanta-palvelun kaltainen sähköinen asiointiportaali on harvinainen kansainvälisestikin, sillä portaaliin pääsyssä on huomioitu niin ammattilaisten, viranomaisten kuin kansalaisten tietotarpeet. Sähköisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiointipalveluiden käyttö Suomessa on vuonna 2017 tehdyn kansalaiskyselyn (Hyppönen ym. 2018) mukaan melko yleistä. Valtakunnallisista asiointipalveluista kansalaiset hyödyntävät etenkin Omakannan omien tietojen katselua ja lääke-

määräysten uusintapyyntömahdollisuutta. Melko laajaa on myös itsehoitoa ja palveluihin pääsyä tukevien palvelujen tarjonta ja käyttö. Sähköisten palvelujen käyttöön vaikuttavat erityisesti digipalveluiden käytön osaaminen, koulutus, asennoituminen ja palveluiden saatavuus.

Sähköisiä sosiaalipalveluja ja hyvinvointitietoa tarjosivat pääasiassa julkiset toimijat. Yksityisistä toimijoista viidennes tarjosi sähköisiä sosiaalipalveluja vuoden 2017 kartoituksessa (Kuusisto-Niemi ym. 2018). Sosiaalihuollon ammattilaisten tietojärjestelmien käyttö oli vaihtelevaa. Julkisista organisaatioista kaksi kolmasosaa ja yksityisistä yksi kolmasosa tallensi vähintään 80 prosenttia asiakastiedosta asiakastietojärjestelmiin (Kuusisto-Niemi ym. 2018). Sähköisten palvelujen tarjonta, mukaan lukien asiakastiedon tuottaminen ja hallinta, olivat sosiaalihuollossa vielä pirstaleista. Yleisin sosiaalihuollon kohdennetuista palvelumuodoista on asiakaskohtainen palveluluokka, johon kuuluvat muun muassa omaan elämäntilanteeseen liittyvä tiedon tuottaminen (sähköinen kirjaaminen), ilmoitukset avuntarpeista tai huolenaiheista, suojatun sähköpostiyhteyden kautta tapahtuva asiakasviestintä sekä palveluun tai kohteluun liittyvät muistutukset. (Kauppila, Kiiski & Lehtonen 2018.)

Kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen (Virtanen ym. 2017) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio- ja kehityshankkeiden eteneminen on ollut samantapaista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen digitalisaatio ja teknologinen kehitys on mahdollisuus, joka johtaa uusiin palvelumalleihin ja parempaan toiminnan vaikuttavuuteen, mikä puolestaan edistää järjestelmän kokonaiskustannusten hallintaa. Suomessa ennakkoluulottomissa kokeiluissa sosiaali- ja terveydenhuollossa on luotu uusia toimintamalleja ja -käytäntöjä. Esimerkkeinä Omat digiajan hyvinvointipalvelut (ODA 2019) ja Virtuaalisairaala 2.0 -hanke ovat vauhdittaneet kehitystä ja käyttöönottoja.

ODA-projektin kansallisissa piloteissa (n=38) vuosina 2016–2018 kehitettiin sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteisiä prosesseja apua tar-

vitsevien asiakkaiden ja potilaiden tunnistamiseksi ja auttamiseksi (ODA 2019). Piloteissa rakennettiin uusia digipalveluja ja kehitettiin jo olemassa olevia sähköisiä palveluja sekä uudistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleja. Toimintamallien uudistamisessa näkyi selkeästi valmistautuminen maakunta- ja sote-uudistukseen. Toimintamallimuutoksilla piloteissa pystyttiin nopeuttamaan läpimenoaikojan ja vähentämään ammattilaisten käyttämää aikaa esimerkiksi määräaikaistarkastuksissa. Toiminnan tehokkuuden paranemisesta saatiin viitteitä jo alkuvaiheessa, kun Omaolo-palvelujen käyttöönoton valmisteluvaiheessa toimintaprosesseja oli muokattu uudenlaisia toimintamalleja vastaaviksi. Kansallisissa kärkihankkeissa edistettiin asiakasnäkökulmaa, parannettiin palveluiden sujuvuutta ja lisättiin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työvoimapalveluiden yhteistyötä yli organisaatiorajojen. (Omaolo 2020.)

Syksyllä 2020 Omaolo.fi-palvelu tavoittaa yli puolet Suomen asukkaista. Sähköisen Omaolo-palvelun toimiva esimerkki on koronavirustaudin oirearvio. Tekemällä oirearvion henkilö saa neuvoja hoidon tarpeen arvioinnista ja infektion leviämisen estämisestä. Henkilö voidaan ohjata Omaolo-palveluun myös Koronavilkku-mobiilisovelluksesta, kun hän on saanut tiedon altistumisestaan koronavirukselle. Omaolossa kansalainen voi täyttää koronavirustaudin oirearvion ja lähettää sen terveydenhuollon ammattilaiselle, tai jättää ammattilaiselle yhteydenottopyynnön. Esimerkiksi Turussa täytetyistä koronavirusoirearvioista 40 prosenttia oli lähetetty terveydenhuollon ammattilaisen arvioitavaksi (Turku 2020). Oirearvion lähettämiseksi terveydenhuollon ammattilaiselle henkilön tulee tunnistautua mobiilivarmenteella tai verkkopankkitunnuksilla. (Omaolo 2020.) Koronavirusoirearvio on voitu ottaa käyttöön niilläkin paikkakunnilla, joissa Omaolo-palvelut eivät muuten ole käytössä.

Terveyskylä.fi-palvelussa toimii virtuaalitaloja eri elämäntilanteisiin ja oireisiin. Esimerkiksi Aivotalo.fi tarjoaa tukea ja tietoa aivojen terveydestä ja aikuisten aivosairauksista. Painonhallintatalo.fi tarjoaa tutkittua tietoa lihavuudenhoidosta ja painonhallinnasta. Virtu-

aalitaloissa on saatavilla kolmenlaisia palveluja. Kansalaisille avoimet verkkosivut tarjoavat tutkittua tietoa aiheesta, sivuilla on mahdollista tehdä testejä ja laatia itselle painonhallintapolku. Digihoitopolut ovat potilastunnisteisia palveluja, joiden käyttöön terveydenhuollon ammattilaiset ohjaavat potilaita. Kolmas palvelumuoto on TerveysPRO, joka on tarkoitettu ammattilaisille (Arvonen & Lehto-Traprowski 2019). Terveyskylä.fi-palvelujen kehittäjät arvioivat palvelujen lisäävän potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa, parantavan potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta sekä vahvistavan ammattilaisten välistä yhteistyötä (Saranto ym. 2018; Saranto, Kivekäs, Rosenlund, Jylhä, Liljamo, Arvonen & Kinnunen 2019; Kivekäs, Mikkonen, Saijonkari, Rosenlund, Lammintakanen, Jylhä, Liljamo, Arvonen & Saranto 2019; Rosenlund, Kivekäs, Mikkonen, Arvonen, Reponen & Saranto 2019).

Hyvinvointiteknologia ja robotiikka

Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointiteknologiasta ja roboteista odotetaan apua ennakoituun työvoimapulaan ja mahdollisuuksiin organisoida työtehtäviä entistä tehokkaammin (STM 2017b). Robotiikan, automatiikan ja uudenlaisen tietotekniikan hyödyntämisen lähtökohtana ovat apua ja tukea tarvitsevan henkilön tai iäkkään henkilön itsemääräämisoikeuden ja omatoimisuuden tukeminen ja lisääminen, palvelun parantaminen ja henkilöstön työn kehittäminen ja vahvistaminen. Tietotekniikan käyttöön liitetään mielikuvia tehokkuudesta ja innovatiivisuudesta (van Aerschot, Turja & Särkikoski 2017). Hyvinvointiteknologian käyttöönotoissa tuleekin varmistaa riittävä tuki, ohjaus ja neuvonta niin asiakkaille kuin henkilöstölle. Käyttäjälähtöinen suunnittelu hoivarobotiikan ja yleensä tietotekniikan käyttöönotossa luo uudenlaista sukupolvi- ja sukupuolijaon ylittävää hoitotyön kulttuuria (van Aerschot ym. 2017). Kansainvälisessä kirjallisuudessa hyvinvointiteknologiasta ei käytetä käännöstä *'well-being technology'*, sen sijaan käytetään käsitteitä *'healthcare*

technology', '*home care technology*' ja '*assistive device*' (apuvälineet) (Alakärppä 2014). Alakärppä (2014) määrittelee tutkimuksessa hyvinvointiteknologian 'tietoteknisiksi ja teknisiksi välineiksi sosiaali- ja terveydenhuollossa, joiden avulla ylläpidetään toimintakykyä ja terveyttä, ennaltaehkäistään sairauksia ja toteutetaan hoitoa sekä kuntoutusta'.

Hyvinvointiteknologia tarkoittaa teknisiä ratkaisuja, joiden avulla voidaan ylläpitää tai parantaa ihmisten toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia. Hyvinvointiteknologiaan kuuluvat apuvälinetekniikka, kommunikaatioteknologian, sosiaalinen teknologia sekä esteettömyyteen liittyviä tuotteita ja ratkaisuja. (Leikas 2017; Kaija-Kortelainen, Kekäläinen & Kinnunen 2018.) Esimerkiksi robotti on kone, joka voi avustaa ihmisiä ilman jatkuvaa valvontaa tai ohjausta arkisissa askareissa, hoiva-alalla, puhdistusrobottina tai ihmiselle vaarallisissa tehtävissä, kuten etsintä- ja pelastustöissä onnettomuuksien jälkeen (Eurobarometer 2013; ISO 8373 2012). Robotin määritelmä ei täsmennä sen autonomisuutta ja robotiksi luokitellaan myös etäläsnäolorobotti, jonka liikkumista ihminen ohjaa etänä. Hyvinvointiteknologian käsite laajimmillaan nähdään teknologian hyödyntämisenä arjessa itsenäisen selviytymisen tukena (THL 2012). Usein käsite rajataan ihmisen toimintakyvyn, terveyden ja elämänlaadun ylläpitämiseen tai niiden edistämiseen tekniikkaan tukeutuen (mm. Reijula 2010; Tepponen ym. 2017). Hyvinvointiteknologian käyttöönoton onnistumiseen liittyy teknisen potentiaalin lisäksi sosiaalinen ympäristö, joka voi joko hyväksyä muutokset tai vastustaa niitä. Robottien hyväksyntää on tutkittu ja vain osa hoivassa käytetyistä roboteista on saanut hyväksynnän (Savela, Turja & Oksanen 2019). Myönteisesti suhtauduttiin avustajarobotteihin ja sairaalaympäristöissä robotit nähtiin käyttökelpoisina laitteina. Hyödyllisiksi käyttökohteiksi nimettiin yhteydenpito, monitorointi, kuntoutus ja terveystiedon jakaminen. Robotit koettiin soveltuvan avustaviin tehtäviin paremmin kuin hoitoa tai seuraa antaviin.

Hyvinvointiteknologian käyttöönotoissa tuleekin varmistaa riittävä tuki, ohjaus ja neuvonta niin asiakkaille kuin henkilöstölle. Käyttäjälähtöinen suunnittelu hoivarobotiikan käyttöönotossa luo uudenlaista sukupolvi- ja sukupuolijaon ylittävää hoitotyön kulttuuria (van Aerschot ym. 2017). Nuoremmilla ammattilaisilla on tietokoneajan valmiutta ja kokeneemmilla pitkä kokemus hoitotyön toimivista käytännöistä ja asiakkaiden hyvinvointiin vaikuttavista asioista. Hoitoalan ammattilaisista ikääntyneemmät arvioivat nuoria useammin robotit soveltuviksi hoitotyöhön. Teknologiaan ja robotteihin tutustuminen ja käyttökokemusten tiedetään edistävän niiden hyväksyntää (Savela ym. 2019). Eritäin hyviä esimerkkejä ovat maakunnissa yhteistyönä toteutettavat hyvinvointiteknologiahankkeet, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat, ammattilaiset, opiskelijat ja opettajat yhteistyössä ideoivat, suunnittelevat ja koekäyttävät tietotekniikkaa (mm. HyvinRobo 2018; WelTech 2020).

Yhteenveto

Keskeistä sähköisten palvelujen kehittämistyössä on, että tietojärjestelmien yhtenäinen ja semanttinen tieto palvelee kaikkia palvelujärjestelmän toimijoita – järjestäjiä, tuottajia, asiakkaita, työntekijöitä ja päätöksentekijöitä. Sähköisten palveluiden avulla pyritään tuottamaan entistä parempia palveluja kansalaisille, mutta vaikutukset eivät välttämättä näy välittömästi. Uusien välineiden ja palveluiden käyttöönottoon tarvitaan voimavaroja ja aikaa. On myös tarpeen etukäteen olla perillä, mitä mahdollisia vaikutuksia tekniikan käytöllä on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseihin, ammattilaisen työhön sekä kansalaisen mahdollisuuteen saada hoitoa ja palveluja.

Lähteet

A298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298

A1257/2015. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20151257

Aerschot Lina van, Turja Tuuli & Särkikoski Tuomo 2017. Roboteista tehokkuutta ja helpotusta hoitotyöhön? Työntekijät empivät, mutta teknologia ei pelota. *Yhteiskuntapolitiikka* 82(6), 630–640.

Alakärppä Ismo 2014. *Teknologiasta käytäntöihin. Käytäntöteoreettinen malli hyvinvointiteknologian hyväksyttävyyden arviointiin.* Väitöskirja. Acta Eletronica Universitatis Lapponiensis 137. Lapin yliopisto, Rovaniemi. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61719/Alak%c3%a4rpp%c3%a4_ActaE137_pdfA.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Andreasson Ari, Koivisto Juha & Ylipartanen Arto 2016. *Tietosuojakäsikirja johdolle.* Tietosanoma, Helsinki.

Arvonen Sirpa & Lehto-Traprowski Päivi (toim.) 2019. *Tekemisen meininki – Virtuaalisairaala 2.0 -hankkeen yhteenveto.* http://publish.psshp.fi/kokous/2020369340-11-1.PDF

Brennen Scott J. & Kreiss Daniel 2016. *Digitalization. The International Encyclopedia of Communication Theory and Philosophy.* https://doi.org/10.1002/9781118766804.wbiect111

Ensio Anneli 2001. *Hoitotyön toiminnan mallintaminen.* Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 89. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Eurobarometer 382. 2013. *Public attitudes towards robots.* Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate-General for Information Society and Media (INSFO). https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_382_en.pdf

Euroopan komissio 2012. Sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma 2012–2020 -innovatiivista terveydenhuoltoa 21. vuosisadalle. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=EN

European Union 2017. EU2017.EE. Tallinn Declaration on eGovernment at the ministerial meeting during Estonian Presidency of the Council of the EU on 6 October 2017. https://vm.fi/documents/10623/307677/Tallinn_eGov_declaration.pdf/df974140-65e4-40a2-8bff-ad91d4b82de3/Tallinn_eGov_declaration.pdf.pdf

Goossen William T.F. 2003. Netherlands: The nursing reference model. Teoksessa Clark June (toim.) *Naming Nursing.* Proceedings of the first ACENDIO Ireland/UK Conference held Semtember 2003 in Swansea, Wales, UK. Verlag Hans Huber, Bern, 151–170.

Hyppönen Hannele, Hyry Jaakko, Valta Kati & Ahlgren Saija 2014. *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 33/2014, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-410-6

Hyppönen Hannele, Lääveri Tinja, Hahtela Nina, Suutarla Anna, Sillanpää Kirsi, Kinnunen Ulla-Mari, Ahonen Outi, Rajalahti Elina, Kaipio Johanna, Heponiemi Tarja & Saranto Kaija 2017. Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoitajien arviot potilastietojärjestelmistä. F*innish Journal of eHealth and eWelfare* (FinJeHeW) 10(1), 30–59. https://journal.fi/finjehew/article/view/65363

Hyppönen Hannele, Pentala-Nikulainen Oona & Aalto Anna-Mari 2018. *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 3/2018, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-103-4

HyvinRobo 2018–2020. Hyvinvointi- ja terveyspalvelurobotiikan osaamisen ja hyödyntämisen kehittäminen. Savonia Ammattikorkeakoulu. https://sht.savonia.fi/hankkeet/hyvinrobo/

IMIA 2016. International Medical Informatics Association. The IMIA Code of Ethics for Health Information Professionals. https://imia-medinfo.org/wp/imia-code-of-ethics/

ISO 8373 2012. Industrial robots – definition and classification. http://www.robotinvestment.eu/pdf/WR-2014-Chapter-1-2.pdf

Jokinen Taina & Virkkunen Heikki (toim.) 2018. *Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018__.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77

Kaihovaara Antti, Haila Katri, Noro Kirsi, Salminen Vesa, Härmälä Valtteri, Halme Kimmo, Mikkelä Kari, Saarnivaara Veli-Pekka & Pekkala Henrik 2017. *Innovaatioekosysteemit elinkeinoelämän ja tutkimuksen yhteistyön vahvistajina*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 28/2017. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-366-8

Kaija-Kortelainen Minna, Kekäläinen Heli & Kinnunen Anu 2018. *Teknologiakartoitus*. WelTech-hanke 2018–2019. http://urn.fi/URN:ISBN:2343-5496

Kauppila Tarja, Kiiski Kati & Lehtonen Mari 2018. S*ähköhelmenkalastus - Sosiaalihuollon sähköisten palvelujen nykytila ja kehittämistarpeet.* http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160653

Kinnunen Ulla-Mari 2013. *Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön.* Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Sosiaali- ja

terveysjohtamisen laitos, Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 60. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1

Kinnunen Ulla-Mari, Junttila Kristiina, Liljamo Pia, Sonninen Ansa, Härkönen Mikko & Ensio Anneli 2014. FinCC and the national documentation model in EHR – user feedback and development suggestions. *Studies in Health Technology and Informatics* 201, 196–202. http://ebooks.iospress.nl/publication/36592

Kinnunen Ulla-Mari, Heponiemi Tarja, Rajalahti Elina, Ahonen Outi, Korhonen Teija & Hyppönen Hannele 2019. Factors Related to Health Informatics Competencies for Nurses-Results of a National Electronic Health Record Survey. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* Aug 37(8), 420–429.

Kivekäs Eija, Kuosmanen Pasi, Kinnunen Ulla-Mari, Kansanen Martti & Saranto Kaija 2019. Sähköiset terveyspalvelut osaksi potilaan arkea. *FinJeHew* 11(1), 25–37.

Kivekäs Eija, Mikkonen Santtu, Saijonkari Maija, Rosenlund Milla, Lammintakanen Johanna, Jylhä Virpi, Liljamo Pia, Arvonen Sirpa & Saranto Kaija 2019. Patients' Use of Health Village Portal: The Central Role of Healthcare Professional Support. *Studies in Health Technology and Informatics* 262, 150–153.

Kivinen Tuula, Vanjusov Heidi & Vornanen Riitta 2020. Asiakkaan ääni: osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 267–293.

Kuusisto Anne 2018. *Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla*. Väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 165. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Kuusisto-Niemi Sirpa, Ryhänen Miia & Hyppönen Hannele 2018. *Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2017.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 1/2018. https://www.julkari.fi/handle/10024/136112

Kärki Jarmo & Ryhänen Miia 2015. *Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2014.*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 20/2015.Helsinki.

L785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

L159/2007. *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159

L1326/2010. *Terveydenhuoltolaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

L254/2015. *Sosiaalihuollon asiakasasiakirjalaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150254

L552/2019. *Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä*. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552

L906/2019. *Tiedonhallintalaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190906

Liljamo Pia 2018. *Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus: hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä.* Väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 182. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2930-3/

Leikas Jaana (toim.) 2017. *Ikääntyminen ja teknologia*. VTT Research highlights 14. https://www.vtt.fi/inf/pdf/researchhighlights/2017/R14.pdf

Lääveri Tinja, Vainiomäki Suvi, Kaipio Johanna, Reponen Jarmo, Vänskä Jukka, Lehtovirta Mikko & Hyppönen Hannele 2015. Yksityissektorin potilastietojärjestelmät. *Suomen lääkärilehti* 70(23), 1660–1667.

Mykkänen Minna 2019. *Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä.* Väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 202. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-3181-8/

ODA 2019. Omat digiajan hyvinvointipalvelut-projekti 2019. Sosiaali- ja terveysasiat. Kuntaliitto.fi. https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/akusti/akusti-projektit/oda

Ohtonen Jukka (toim.) 2002. *Satakunnan Makropilotti: tulosten arviointi.* FinOHTA raportti 21/2002. Stakes/FinOHTA, Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76116/r021f.pdf?sequence=1

Omaolo 2020. Omaolo.fi. https://www.omaolo.fi/

Parviainen Päivi, Tihinen Maarit, Kääriäinen Jukka & Teppola Susanna 2017. Tackling the digitalization challenge: how to benefit from digitalization in practice. *International Journal of Information Systems and Project Management* 5(1), 63–77. http://www.sciencesphere.org/ijispm/archive/ijispm-0501.pdf#page=67

Reijula Jori 2010. *Using well-being technology in monitoring elderly people – a new service concept.* Aalto University, School of Science and Technology, Series B, Reseach Reports B19. Espoo. http://lib.tkk.fi/Diss/2010/isbn9789526033099/isbn9789526033099.pdf

Reponen Jarmo, Kangas Maarit, Hämäläinen Päivi & Keränen Niina 2015. *Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014 – Tilanne ja kehityksen suunta.* THL:n raportti 12/2015. https://www.julkari.fi/handle/10024/126470

Reponen Jarmo, Kangas Maarit, Hämäläinen Päivi, Keränen Niina & Haverinen Jari 2018. *Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2017. Tilanne ja kehityksen suunta.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 5/2018, Helsinki. https://www.julkari.fi/handle/10024/136278

Rosenlund Milla, Kivekäs Eija, Mikkonen Santtu, Arvonen Sirpa, Reponen Jarmo & Saranto Kaija 2019. Health Professionals' Perceptions of Information Quality in Health Village Portal. *Studies in Health Technology and Informatics* 262, 300–303. https://doi.org/10.3233/SHTI190078

Ruotsalainen Pekka (toim.) 2015. Terveystiedon tietojenkäsittelyn ammattihenkilöiden eettiset ohjeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittely-yhdistys. https://stty.org/images/Terveystiedon_tietojenk%C3%A4sittelyn_ammattihenkil%C3%B6iden_eettiset_ohjeet.pdf

Sanastokeskus TSK ry. 2001. *Tietotekniikan termitalkoot.* https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/digitalisoida

Sanastokeskus TSK. 2018 *Kyberturvallisuuden sanasto* (TSK 52). http://www.tsk.fi/tsk/fi/kyberturvallisuuden_sanasto_tsk_52-1125.html

Saranto Kaija & Kinnunen Ulla-Mari 2014. Tulokset hoitotyön näkökulmasta. Teoksessa Hyppönen Hannele, Vuokko Riikka, Doupi Persephone, Mäkelä-Bengs Päivi (toim.) *Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen: Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset.* Raportti/ Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 3, 51–62.

Saranto Kaija, Kinnunen Ulla-Mari, Kivekäs Eija, Lappalainen Anna-Maija, Liljamo Pia, Rajalahti Elina & Hyppönen Hannele 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(4), 629–647.

Saranto Kaija, Kivekäs Eija, Kuosmanen Pasi & Kinnunen Ulla-Mari 2018. Electronic Health Services in the Patients' Daily Activities – Willingness to Use Health Village Services. IOS Press, Amsterdam, *Studies in Health Technology and Informatics* 247, 586–590.

Saranto Kaija, Kivekäs Eija, Palojoki Sari, Kinnunen Ulla-Mari, Sjöblom Olli & Suomi Reima 2018. *Tiedonkulun vaikutus SOTE- palvelujen maineeseen.* Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu 16. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/04/tiedonkulun-vaikutus-sote-palvelujen-maineeseen_julkaisu016.pdf

Saranto Kaija, Kivekäs Eija, Rosenlund Milla, Jylhä Virpi, Liljamo Pia, Arvonen Sirpa & Kinnunen Ulla-Mari 2019. How to Assess Success of HIT Project Management: An Example of the Use of the Common Assessment Framework (CAF). Teoksessa Ohno-Machado L. & Séroussi B. (toim.) *International Medical Informatics Association* (IMIA) and IOS Press, 783–787.

Savela Niina, Turja Tuuli & Oksanen Atte 2019. Robotit työelämässä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus asenteista eri aloilla työskenteleviä robotteja kohtaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(1), 16–28.

Socom 2018. Kansa-koulu II -hanke. Määrämuotoisen kirjaamisen tuki sosiaalialalla. https://thl.fi/documents/920442/3728513/

Kansa-koulu_loppuraportti_Final.pdf/f9bf44bb-2895-4954-a08d-96bfb8403fe9
Socom. 2019. Kohti yhtenäistä asiakastietoa. http://www.socom.fi/wp-content/uploads/2019/12/04_Kohti-yhten%C3%A4ist%C3%A4-asiakastietoa_20191203.pdf
STM 1995. *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän muistio 1995:27.
STM 2005. *Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministerille kevään 2005 toiminnasta*. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225541
STM 2014. *Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 strategia*. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
STM 2016. *Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75526/JUL2016-5-hallinnonalan-ditalisaation-linjaukset-2025.pdf
STM 2017a. *Sosiaali- ja terveystietojen toissijainen käyttö*. http://stm.fi/sote-tiedon-hyodyntaminen
STM 2017b. *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8
STM 2019. *Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 strategian väliarviointi, loppuraportti*. Sosiaali-ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:1, Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161328/1_2019_Sote-tieto%20hyotykayttoon%20strategian%20valiarvointi_netti.pdf
Tepponen Merja, Viitikko Tarja, Lehmus Riikka, Heikkilä Helena, Nurmiainen Sanna, Nummela Tuija, Suhola Timo, Länsivuori Katri, Lehtonen Mari, Kaljunen Leena, Kapulainen Kristiina, Kanerva Jani, Immonen Mika, Koivuniemi Jouni, Mitikka Mika, Vidén Mira, Klemola Katja, Villikka Matti, Majoinen Vuokko, Vaittinen Pirjo, Helminen Kristiina, Laasonen Kaisu & Behm Minna-Maria 2017. *Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) –hankkeen loppuraportti*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160245/68_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa_loppuraportti3010.pdf

THL 2012. *Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. THL:n vuosittainen ennakointiraportti*. Toukokuu 2012. https://thl.fi/documents/10531/110691/THL_ennakointiraportti_esite.pdf

THL 2018. *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi* (STePS 2.0). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tietojarjestelmapalveluiden-seuranta-ja-arviointi-steps-2.0-

THL 2019a. *Koodistopalvelu*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/koodistopalvelu/mika-koodistopalvelu-on-/sosiaali-ja-terveydenhuollon-luokitukset

THL 2019b. *Terveydenhuollon kirjaamisohjeet*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kanta-palvelut/sosiaalihuollon-kanta-palvelut/asiakastietojen-maarittelyt/uudistuvat-kirjaamiskaytannot

THL 2020. *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi* (STePS 3.0). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tietojarjestelmapalveluiden-seuranta-ja-arviointi-steps-3.0-

Tietosuojavaltuutettu 2019. *Henkilötietojen käsittely*. https://tietosuoja.fi/henkilotietojen-kasittely

Turku 2020. Omaolo-palvelun oirearvion teki elokuussa lähes 5000 turkulaista. https://www.turku.fi/uutinen/2020-09-07_omaolo-palvelun-koronaoirearvion-teki-elokuussa-lahes-5000-turkulaista

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2010. *Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa*. ETENE-julkaisuja 30. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3081-0

VN 2015. *Ratkaisujen Suomi*. Neuvottelutulos strategisesta hallitus-ohjelmasta. Valtioneuvosto. https://vm.fi/documents/10623/1464506/Hallitusohjelma_27052015_12998.pdf/ae088a77-b0ab-4964-846d-1e7d14a9d064/Hallitusohjelma_27052015_12998.pdf.pdf

VN 2019. *Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta*. Valtioneuvosto. https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma

VM 2016. *Digitalisoinnin periaatteet*. Valtionvarainministeriö. https://vm.fi/digitalisoinnin-periaatteet

VM 2017. *Digitalisoinnin periaatteet*. Julkisen hallinnon ICT-osasto. Valtionvarainministeriö, Muistio. https://vm.fi/documents/10623/1464506/Digitalisoinnin+periaatteet/63c2a2fa-b7b5-45e4-8516-bd804490fecf/Digitalisoinnin+periaatteet.pdf

Vehko Tuula, Ruotsalainen Salla & Hyppönen Hannele (toim.) 2019. *E-health and e-welfare of Finland. Checkpoint 2018*. National Institute for Health and Welfare (THL). Helsinki. http://www.julkari.fi/

bitstream/handle/10024/138244/RAP2019_7_e-health_and_e-welfare_web_4.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Virtanen Petri, Smedberg Jari, Nykänen Pirkko & Stenvall Jari 2017. *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Valtioneuvoston kanslia. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-328-6

Virtuaalisairaala 2.0 -hanke. https://www.terveyskyla.fi/tietoa-terveyskyl%C3%A4st%C3%A4/terveyskyl%C3%A4n-alku-%E2%80%93-virtuaalisairaala-2-0-hanke

WelTech-hanke 2018–2020. Hyvinvointiteknologian koulutustuote: käyttöönoton ja käytön koulutus – WelTech-hanke 2018–2019. https://portal.savonia.fi/amk/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/projekti-ja-hanketoiminta/projektit-ja-hankkeet?id=973

OSA III
Ihmiset muutoksen toteuttajina

Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena

Kaarina Mönkkönen & Taru Kekoni

Johdanto

Sosiaali- ja terveysalan uudistuminen edellyttää monitoimijaista yhteistyötä. Yhteistyö ei kuitenkaan aina ole helppoa, sillä sen onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten työorientaatiot, erilaiset tietoperustat, toimintakulttuurit, lainsäädännön ja organisaatioiden reunaehdot sekä tapa ymmärtää omaa perustehtävää suhteessa muiden työhön. Moniammatillisia taitoja tulee harjoitella, jotta työskentelyn eri alojen yhdyspinnoilla on mahdollista onnistua.

Tässä artikkelissa tarkastellaan sitä, miten muutokset vaikuttavat työntekijöiden työntekemisen tapoihin, ammatti-identiteetteihin ja asiantuntijuuksiin. Artikkelissa luodaan katsaus siihen, miten monialaisen työskentelyn taitoja voidaan kehittää työelämässä. Tarkastelun keskiössä ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset suhteessa laajempiin rakennemuutoksiin ja uudenlaisiin työntekemisen tapoi-

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 215–240.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

hin. Paitsi rakenteellisella ja organisatorisella tasolla, käynnissä olevat muutokset vaikuttavat myös ammattilaisten työskentelyyn työntekijätasolla. Yhdessä toimimisen taitoja edistää moniammatillinen oppiminen jo opiskelun aikana. Muuttuvien ammatillisten asiantuntijuuksien tarkastelun kautta artikkelissa edetään pohdintaan siitä, miten muuttuvat rakenteet vaikuttavat itse työprosesseihin ja niiden kautta toteutuvaan sosiaali- ja terveysalan työhön.

Moniammatillisuuden tarve sosiaali- ja terveysaloilla

Sekä lainsäädännössä että ammattikäytännöissä monitoimijaisuutta on kuvattu moniammatillisuuden, monitieteisyyden tai monialaisuuden käsitteillä. Vaikka moniammatillisuuden tärkeä lähtökohta on hyödyntää asiakkaiden läheisverkostoja ja esimerkiksi kansalaistoimijoita, tässä tekstissä käytämme monitoimijaisuuden rinnalla myös moniammatillisuuden käsitettä, sillä ammattilaisilla on kuitenkin päävastuu prosessista. Vaade moniammatilliseen työskentelyotteeseen on korostunut viimeaikaisissa lainsäädännöllisissä ja muissa sosiaali- ja terveysalan toimintoja määrittävissä uudistuksissa.

Moniammatillisuus ilmenee organisaatioiden kehittämisprosesseissa ja ammattityöhön liittyvissä odotuksissa, mikä näkyy moniammatillisuutta kuvaavien käsitteiden lisääntymisenä niin tutkimuksissa kuin poliittisissa ohjelmissa. Kyse on myös laajemmasta työelämän muutoksesta, jossa keskeisinä tulostekijöinä nähdään palvelujen integrointi, moniammatillinen yhteistyö, informaation avoin kulku, toimivat työprosessit ja työn vaikuttavuus. (Stenvall & Virtanen 2012; Syväjärvi & Pietiläinen 2016.) Samoja näkökulmia liittyy myös sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatioon (sote-uudistus), jossa on kysymys myös työn uusista muodoista sekä ammattilaisten keskinäisestä yhteistyöstä. Näissä muutoksissa oleellisina kehittämismahdollisuuksina nähdään myös digitaalinen tiedonsiirto ja algorit-

mit, jotka tuovat tulevaisuuden sosiaali- ja terveysalan työhön uusia työn tekemisen muotoja (esim. Jokinen 2017; ks. myös Saranto, Kinnunen, Jylhä & Kivekäs 2020 tässä julkaisussa). Lisäksi työelämän kehittämisessä on puhuttu jaetun työn *(shared/joint work),* avoimien innovaatiosysteemien *(open innovation systems)* ja monikanavaisen viestinnän tärkeydestä *(multi-channel)* (esim. European Commission 2016).

Suomalaisessa keskustelussa moniammatillisuutta tarkastellaan usein yhteistoiminnan, dialogisuuden, moniäänisyyden, yhteisen tiedonmuodostuksen ja diversiteetin käsittein, jotka kuvastavat tiedon yhteistä rakentamista, moninaisuuden ja vastavuoroisen kohtaamisen tärkeyttä sosiaali- ja terveyspalveluissa. (Syväjärvi & Pietiläinen 2016; Mönkkönen, Kekoni & Pehkonen 2019). Palvelun kehittämisen kannalta onkin tärkeä pohtia, miten tieto rakentuu yksittäisen asiakkaan palveluprosessissa, miten eri toimijat hyödyntävät toistensa asiantuntemusta tai miten palveluprosessi etenee sujuvasti vaiheesta toiseen siten, että asiakkaan palvelu on toimiva kokonaisuus. Monitoimijaisuuden yhteydessä on käytetty jo 80-luvulla rajatyön *(boundary work)* käsitettä, jolla on kuvattu, miten arkisissa työkäytännöissä määritellään kunkin ammattilaisen työskentelyaluetta ja toimivaltaa ja miten ammattilaisen tai asiakkaan asiantuntijuus tulee huomioiduksi yhteistyössä (Gieryn 1983). Rajatyöhön liittyviin näkökulmiin moniammatillisen työn kannalta palaamme tarkemmin artikkelin lopussa.

Sosiaalihuoltolain (L1301/2014) 41§ on otsikoitu ”Monialainen yhteistyö” ja siinä säädellään viranomaisen vastuusta huolehtia siitä, että asiakkaan tilannetta selvitettäessä tai siitä päätöstä tehdessä ja sosiaalihuoltoa annettaessa on oltava käytettävissä ”asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista”. Tällä tarkoitetaan sitä, että sosiaalihuoltoa toteutetaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa niin, että sosiaalihuollon ja tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden. Laki velvoittaa siihen, että sosiaalihuollon työnte-

kijän on oltava tarpeen mukaan yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja asiantuntijoihin sekä henkilön omaisiin ja muihin hänelle läheisiin henkilöihin, jotta asiakkaan tilanteesta saadaan mahdollisimman tarkka kuva, ja hänen tarpeisiinsa pystytään parhaalle mahdollisella tavalla vastaamaan.

Moniammatillisuuden osalta sosiaalihuoltolain velvoite ei kuitenkaan ole välttämättä helppo toteuttaa. Haasteet voivat liittyä esimerkiksi tietojen antamiseen ilman asiakkaan suostumusta tai asiakastietojen kirjaamiseen moniammatillisessa yhteistyössä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa. Joskus ammattilaisilla voi olla vaikeuksia saada tarpeellista virka-apua muilta viranomaisilta, vaikka laissa on säädetty sosiaalihuollon viranomaisen oikeus saada apua laissa säädettyjen tehtäviensä suorittamiseksi. Näistä moniammatilliseen työhön liittyvistä, eettisiä ja lainsäädännöllisiä haasteita sisältävistä tilanteista säädetään tarkemmin joissakin erityislaeissa sekä esimerkiksi laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000) ja kirjaamisen osalta myös laissa sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (L254/2015).

Valtakunnallinen Eettinen neuvottelukunta (ETENE) seuraa sosiaali- ja terveyspalvelujen eettistä tilaa eri osa-alueilla ja antaa siihen liittyviä suosituksia sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajille. Neuvottelukunnan toiminnan tarkoituksena on potilaan ja asiakkaan perusoikeuksien, ihmisarvon, itsemääräämisen, yhdenvertaisuuden, oikeudenmukaisuuden sekä hyvän hoidon, hoivan, palvelun ja kohtelun edistäminen sosiaali- ja terveysalalla. ETENE:n toiminta perustuu potilaslakiin eli lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) ja lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000). Eettisten sääntöjen noudattaminen, niiden seuranta sekä niiden vaaliminen työyhteisössä varmistavat asiakkaan kohtaamisen laatua ja turvallisuutta niin psyykkisellä, fyysisellä kuin sosiaalisellakin tasolla (Etene 2013). Esimiesten on myös tärkeä edellyttää riittävää yhteistyötä hyvän kokonaispalvelun laadun varmistamiseksi. Lähijohto vastaa työn edellytysten luomisesta, mutta

jokainen ammattilainen on vastuussa omasta työsuorituksestaan. Siksi tarvitaan omien toimintatapojen kriittistä tarkastelua ja jatkuvaa kouluttautumista. Yhteistyöhön orientoitunut ammattilainen hakeutuu yhteistyöhön muiden kanssa ja on kiinnostunut oppimaan heidän työtavoistaan. (Hallamaa 2017.)

Sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisilla on yhteisiä eettisiä periaatteita, joissa korostetaan inhimillisen kohtaamisen merkitystä ja asiakkaan osallisuutta itseään koskevaan päätöksentekoon. Molemmilla aloilla keskeinen lähtökohta on ihmisarvo, joka on kirjattu myös kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Lisäksi ammattityötä ohjaavat kansalaisten perusoikeudet, jotka säädetään kansallisessa perustuslaissa. Lisäksi ammattialoilla on myös alakohtaisia eettisiä periaatteita, jotka ohjaavat ammatinharjoittamista. (esim. Lääkäriliitto 2014; Talentia 2017).

Vaikka ammattilaiset toimivat eettisten periaatteidensa mukaisesti, kohtaavat he työssään myös erilaisia eettisiä ristiriitatilanteita, joissa noiden periaatteiden toteuttaminen on vaikeaa. Tällöin työn edellytykset eivät mahdollista oman ammattietiikan mukaista toimintaa, ja puhutaan eettisistä ristiriidoista ja eettisestä kuormituksesta. (Banks 2005; Weinberg & Banks 2019; Juujärvi, Kallunki & Luostari 2020). Moniammatilliset tilanteet saattavat lisätä näitä ristiriitoja, sillä ammattilainen saattaa kokea toisen tekemät ratkaisut moraalisesti vääriä. Tämä ei kerro tosiallisesti väärin toimisesta, sillä alojen ammattilaisilla on hiukan erilaisia painotuksia eettisissä ohjeissa ja niiden tulkinnassa. Esimerkiksi eräässä yliopistossa pidetyssä simulaatio-oppimistilanteessa tuli ilmi, että ammattilaiset suhtautuivat ensin hyvin kriittisesti toisten ammattilaisen ratkaisuihin. Lääkäri ja poliisi vetosivat ratkaisuissaan tarkkoihin toimintaohjeisiin. Ensihoitajat ja sosiaalityöntekijä tarkastelivat tilannetta pikemminkin asiakkaan kokemuksen näkökulmasta ollen myös valmiita joustamaan annetuissa ohjeissa. Moniammatillisen oppimisen kannalta oli keskeistä, että yhteisessä oppimiskeskustelussa kunkin ammattikunnan toiminnan lähtökohtia ja oikeutuksia pohdittiin yhdes-

sä. Keskustelussa ymmärrys toisten ammattilaisten roolista ja tämän toiminnan oikeutuksesta selkiytyi ja syveni. Moniammatillisessa yhteistyössä eettistä arviointia ei tule tarkastella vain yhden tulkinnan perusteella, joko oikeana tai vääränä, jolloin tilanteen konteksti ja ammatillisen perustehtävän vaikutus ratkaisuihin jäävät usein huomiotta. (Mönkkönen, Silen-Lipponen, Kekoni & Saaranen 2021).

Ammattilaisten työskentelyyn ovat tuoneet uusia ulottuvuuksia myös asiakkaan osallisuutta ja palvelun saatavuutta koskevat säädökset. Lainsäädännössä on asetettu määräaikoja (esimerkiksi hoitotakuu), joiden kuluessa potilaan tai asiakkaan on saatava palvelunsa. Lisäksi asiakkaan osallisuutta on pyritty vahvistamaan monin tavoin siten, että hänellä tulee olla entistä vahvempi rooli oman palvelunsa suunnittelussa ja oikeus saada itseä koskevaa tietoa (ks. myös Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020 tässä julkaisussa). Tämä edellyttää aiempaa selkeämpää dokumentointia ja asiakkaan mahdollisuutta saada tietoon häntä koskevat asiakirjat. (L812/2000.) Kokonaisuutena edellä olevat vaateet edellyttävät omien työtapojen entistä tarkempaa tarkastelua, jolloin tulee myös havaittua ne asiat, jotka kenties hidastavat asiakkaan saamaa apua. Usein hoitovirheiden ja palvelussa esiintyneiden laiminlyöntien yhteydessä ilmenee yhtenä puutteena se, että moniammatillista yhteistyötä ei ole tehty riittävästi tai siinä on ollut ongelmia. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012; Oikeusministeriö 2013.)

Monitoimijuus tai monialaisuus on näkyvästi esillä myös monenlaisissa kansallisissa ja paikallisissakin hankkeissa, ohjelmissa ja strategioissa, jotka enemmän tai vähemmän kiinnittyvät sosiaali- ja terveysalojen yhdistämispyrkimyksiin. Esimerkiksi kansallisessa Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (LAPE), jonka toimeenpanoa jatketaan vuosina 2020–2022 Sanna Marinin hallitusohjelman mukaisesti, tavoitellaan laajaa ”toimintakulttuurin muutoksen edistämistä ja yhdyspintaosaamisen vahvistumista” (LAPE 2019 Askelmerkit). Toimintakulttuurin muutos viittaa paitsi monitoimijaisen, sosiaali- ja terveysalojen osaamista tuloksellisemmin yhdistävän

palvelujärjestelmän organisointiin, myös siihen, että palvelut olisivat entistä enemmän lapsi- ja perhelähtöisiä. Ohjelmassa nähdään, että ammattilaisten tiiviillä yhteistyöllä voidaan vaikuttaa ongelmien ennalta ehkäisyyn tai niihin tarttumiseen riittävän varhain. Yhdyspintaosaamisella viitataan nimenomaan eri palvelualojen toimintaa yhdistävän työotteen vahvempaan osaamiseen. Aiemmin on puhuttu samassa yhteydessä rajapintaosaamisesta, mutta tämän rajoja ja eroja korostavan käsitteen tilalla on alettu käyttää yhdyspinnan käsitettä, joka korostaa rajoja paremmin organisaatioiden ja ammattilaisten keskinäisiä yhtymäkohtia (esim. Reina 2017).

Miten nämä strategiset tai erilaisiin ohjelmiin tai lainsäädäntöön kirjatut vaateet sitten näkyvät yksittäisten ammattilaisten työssä ja siihen kohdentuvissa vaatimuksissa? Tätä kysymystä pohditaan seuraavassa luvussa.

Monitoimijainen työ muuttaa ammatti-identiteettiä ja asiantuntijuutta

Minkälaisia muutospaineita liittyy yksittäisen ammattilaisen työtehtäviin integraatiota ja yhteistyöstä korostavassa työelämän eetoksessa? Aiemmin sosiaali- ja terveysalalla tyydyttiin siihen, että työtehtäviä tehtiin paljolti yksin ja myös ammatti-identiteetti rakentui pääasiassa oman alan tietotaidon hallintaan. Nykyisin asiantuntijuus hahmotetaan dialogisemmin, mikä tarkoittaa sitä, että ollaan kiinteämmässä suhteessa eri toimijoihin ja asiantuntijatietoa rakennetaan yhdessä paitsi muiden alojen ammattilaisten, myös asiakkaan tai potilaan kanssa. (Yankelovich 2001; Seikkula & Arnkil 2005; Bayne-Smith, Mizrahi, Korazim-Körösy & Garcia 2014). On selvää, että asennoitumiseen vaikuttavat myös professioiden vahvat perinteet, joissa on totuttu ajamaan ennen kaikkea oman ammattikunnan näkökulmaa asioihin. Tällainen ajattelutavan muutos moniammatillisuuden arvostamisen osalta on onneksi muuttumassa ja ilmenee

useissa moniammatillista työtä koskevissa tutkimuksissa (Shrader, Kern, Zoller, & Blue 2013; Rydenfält, Borell & Erlingsdottir 2019). Kyse on laajasta työelämän vuorovaikutuksellisesta muutoksesta, jossa osaaminenkin nähdään yhä enemmän yhteisasiantuntijuutena ja kykynä rakentaa tietoa yhdessä toisten ammattilaisten kanssa.

Ammatti-identiteetti määritellään ihmisen ja työn väliseksi suhteeksi, jota määrittävät niin yhteiskunnalliset, sosiaaliset ja kulttuuriset käytännöt kuin työtä ohjaavat arvotkin (Kananoja 2007). Moniammatillisen työskentelyn keskiössä on ymmärrys yhtäältä eri alojen toisistaan poikkeavista rooleista ja toisaalta siitä, millaista lisäarvoa kukin ala tuo yhteiseen työskentelyyn. Tämä taas vaatii osaltaan riittävän vahvaa ammatti-identiteettiä, joka muotoutuu kunkin alan koulutuksessa (Isoherranen 2012). Toisaalta viimeaikaisessa monialaisen koulutuksen tutkimuksessa on myös havaittu, että liian vahvan ammatti-identiteetin syntyminen koulutuksen alkuvaiheessa – ja vasta tämän jälkeen moniammatillisten työskentelytaitojen opiskelu – ei tue moniammatillisten taitojen oppimista. Monialainen opiskelu tulisi aloittaa jo opintojen alkuvaiheessa samaan aikaan oman ammatillisen oppimisen ja ammatti-identiteetin vahvistamisen kanssa (Tervaskanto-Mäentausta 2018). Tämän vuoksi esimerkiksi yliopistoissa on rakennettu opintojaksoja, joissa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteihin kouluttautuvat (esim. lääketieteen, sosiaalityön, hoitotieteen ja sosiaali- ja terveysjohtamisen, farmasian, hammaslääketieteen opiskelijat) suorittavat yhteisiä niin sanottuja sote-opintoja. Tällä pyritään luomaan myös yhteneväistä sosiaali- ja terveydenhuollon tietoperustaa, vaikka luonnollisesti jokaisella tieteenalalla on myös omat, toisistaan poikkeavat lähtökohtansa.

Maailman terveysjärjestö WHO on jo vuonna 2010 ilmestyneessä raportissaan *'Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice'* tuonut esille, että moniammatillinen koulutus on perusedellytys terveydenhuollon tulosten, hoidon, laadun ja turvallisuuden parantamiseen maailmanlaajuisesti sekä yhteistyötaitoisten ammattilaisten saamiseksi terveydenhuollon alalle (WHO

2010). Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Kanadassa moniammatillisen koulutuksen kehittäminen onkin keskitetty 2010-luvulla moniammatillista koulutusta kehittäviin, toteuttaviin ja tutkiviin keskuksiin yliopistojen sisällä (Brashers, Owen & Haizlip 2015). Tähän peilattuna moniammatillisiin taitoihin tähtäävä koulutus on suomalaisessa sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa vielä vähäistä. Monialaiset opintojaksot ovat kuitenkin viime vuosina lisääntyneet. Esimerkiksi Itä-Suomen yliopisto yhteistyössä Savonia ja Karelia ammattikorkeakoulujen sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa on viime vuosina kehittänyt monialaisen suursimulaation menetelmää, jossa draaman keinoin esitetään suurelle yleisölle moniammatillisesti toteutuva asiakas-case, jota yleisö seuraa ja havainnoi, ja jonka oppimiskeskustelu käydään yhdessä osallistaen myös yleisöä. Tavoitteena suursimulaatioissa on moniammatillisten taitojen oppiminen sekä eri alojen ammattilaisten roolien ja tehtävien ymmärtäminen. Suursimulaatioihin on osallistunut parhaimmillaan yli 400 opiskelijaa, jotka ovat edustaneet lukuisia eri aloja eri koulutustasoilta. Suursimulaatioita on tarjottu myös täydennyskoulutuksena työelämässä oleville ammattilaisille, ja heitäkin on osallistunut niihin runsaasti. Kokemukset monialaisesta suursimulaatio-opetuksesta ovat rohkaisevia ja suursimulaatioiden kehittäminen ja toteuttaminen jatkuu edelleen. (Mönkkönen ym. 2019; Silen-Lipponen, Tiihonen, Kekoni & Saaranen 2019; Mönkkönen ym. 2021.)

Myös muunlaista monialaista opetusta suomalaisissa korkeakouluissa on toteutettu. Turun yliopiston monialainen opetusklinikka on toiminut jo vuodesta 1997 alkaen, ja se on tiettävästi Suomen pitkäaikaisin monialaisen oppimisen ja opettamisen sovellus, jossa kolmen eri tieteenalan (sosiaalityö, psykologia, logopedia) opiskelijat työskentelevät yhdessä aitojen asiakastilanteiden äärellä (Mönkkönen ym. 2019, 118–122). Klinikkaopetusta on kehitetty myös Itä-Suomen yliopistossa yhdistäen sosiaalityön ja oikeustietieteiden opetusta asiakkaiden ohjaus- ja neuvontatyön kontekstiin (Kekoni, Kainulainen, Tiilikainen, Mäki-Petäjä-Leinonen, Mönkkönen & Poikonen 2020).

Moniammatilliseen vuorovaikutusosaamiseen keskittyvä opintojakso puolestaan on toteutettu erityispedagogiikan, sosiaalityön, psykologian ja sosiaalipsykologian oppiaineiden yhteistyönä ja toteutetaan monimuotoisena verkko-opetusjaksona sekä pienryhmäsimulaatioiden menetelmää hyödyntäen (Äikäs, Mönkkönen, Issakainen, Kekoni, Kasanen & Karkkola 2020).

Lisäksi monissa ammattikorkeakouluissa on toteutettu erilaisia moniammatillisia opintojaksoja jo pitkään. Esimerkiksi Metropolia ammattikorkeakoulussa on toteutettu opintojaksoja yhdessä sosiaali- ja terveysalan sekä turvallisuusalan opiskelijoiden kanssa. Savonia ammattikorkeakoulussa monialaista simulaatio-opetusta on toteutettu jo yli kymmenen vuoden ajan sekä ammattikorkeakoulun sote-alojen, että yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston sote-alojen kanssa. Seinäjoen ammattikorkeakoulussa on toteutettu innovatiivinen simulaatio-opetushanke yhteistyössä yritysten kanssa, jotka tuottavat esilaisia sote-palveluja vanhuksille, kehitysvammaisille ja mielenterveysongelmista kärsiville sekä lastensuojelun piirissä oleville lapsille ja nuorille. Myös Oulun yliopistolla ja Oulun ammattikorkeakoululla on jo pitkä historia eri sosiaali- ja terveysalojen koulutuksen toteutuksessa ja tutkimisessa (Tervaskanto-Mäentausta 2018).

Moniammatillisen osaamisen kehittämisessä – kuten edellä esitellyissä opetussovelluksissa – olennaista on asenteisiin vaikuttaminen koulutuksen avulla. Tutkimusten pohjalta tiedetään, että kielteiset asenteet ja tietämättömyys toisten ammattiryhmien työstä voivat olla este moniammatilliselle työskentelylle ja näin ollen myös oman osaamisen kehittämiselle (Hall 2005; Jones & Phillips 2016). Monialaisen opetuksen tutkimuksissa on todettu, että muun muassa tasa-arvoisuus, vastavuoroisuus, reflektiiviset taidot, formaalinen tieto, tiedon soveltamisen ja jakamisen taidot sekä suunnitelmallisen ja vahvaan ammatilliseen itsetuntemukseen perustuvan yhteistyön taidot vahvistuvat monialaisessa opetuksessa (Thistlethwaite 2012).

Myös oman työn jatkuva arviointi on noussut aiempaa keskeisempään asemaan. Jokainen ammattilainen joutuu läpi työuransa arvi-

oimaan omaa ammattitaitoaan. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon laajat muutostarpeet ovat lisänneet uudenlaista kieltä työhön, jossa huomio kiinnitetään entistä enemmän aikaan ja resurssien tarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen. Vaikka työntekijät kokevat usein muutokset työtä kuormittavina, pyritään monissa mainituissa muutoksissa tiimityön jatkuvaan parantamiseen ja työ nähdään entistä enemmän kollektiivisena ja vuorovaikutteisena toimintana. (Jokinen 2017; Hirvonen 2019). Työtapojen muutoksella on nähty myös vaikutusta työn kuormittavuuden vähenemiseen. Esimerkiksi edellä kuvattu LAPE-ohjelma (2019) on tästä yksi esimerkki. Sen lisäksi että sillä pyritään parantamaan lasten ja perheiden saamaa tukea, tavoitteena on myös työn kuormittavuuden vähentäminen. Hyvässä moniammatillisessa tiimissä työn haasteet myös jaetaan yhdessä.

Vaikka sosiaali- ja terveysalan työssä odotetaan yhä enemmän yhteistyötä ja vuorovaikutusta toisten ammattilaisten kanssa, saattavat ammattilaiset joskus olla hyvin tarkkoja omista tehtävänkuvistaan ja kokea toisten ”tontille” astumisen vaikeana. Tämä koskee ammattilaisten lisäksi myös monialaisesta yhteistyöstä vastaavia johtajia (ks. Hujala, Mustonen, Klinga, Laulainen, Lammintakanen & Taskinen 2020 tässä julkaisussa).

Jos kuitenkin halutaan saada laajempi kokonaiskuva esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan asiakkaan tai potilaan hoidon kokonaisuudesta, on tärkeää nähdä asiakkaan tilanne useampien ammattilaisten perspektiivistä. Selkeiden ammattiroolien lisäksi on oltava myös yhteisiä, jaettuja työtehtäviä. Tällöin työn jakaminen edellyttää, että työt organisoidaan siten, että yhteinen työskentely tulee joustavaksi. Tämä osaltaan muuttaa kunkin alan ammatillista identiteettiä siten, että alamme hahmottaa työprosessia paitsi oman työn ja osaamisen näkökulmasta, myös jaetulla, moniammatillisen työn alueella (Best & Williams 2019).

Monitoimijaisuuden ilmeneminen ammattikäytännöissä

Tapa, jolla orientoidumme työhömme, vaihtelee riippuen niin henkilöistä ja tehtävistä kuin työn rakenteistakin. On työtehtäviä, joissa on luontevaa keskittyä pääasiassa omaan työtehtävään ja hoitaa se huolella. Esimerkiksi kaupan kassalla työskenneltäessä ei juuri tarvitse miettiä muuta kuin asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa kassatyöskentelyä. Jos puolestaan on kyse sosiaali- ja terveysalaan asiakkaan hoito- tai palveluprosessista, siihen väistämättä liittyy useita eri toimijoita, joiden keskinäinen yhteistyö varmistaa palvelun sujuvan kulun. Vaikka prosesseja on hiottu sosiaali- ja terveydenhuollossa kauan, edelleen tulee eteen tilanteita, joissa asiakas kokee palvelunsa hajanaiseksi tai eri ammattilaisten esittämät asiat keskenään ristiriitaisiksi (esim. Hujala & Lammintakanen 2018; Tiilikainen, Hujala, Kannasoja, Rissanen & Närhi 2019). Tulevaisuuden osaamista määritettäessä puhutaankin geneerisistä taidoista, joilla tarkoitetaan sellaisia taitoja, joita voidaan soveltaa mihin tahansa työhön. Tällaisten taitojen myötä meillä on enemmän liikkumavaraa toimia nopeasti muuttuvissa toimintaympäristöissä.

Taidot kohdata ihmisiä ja tehdä yhteistyötä ovat taitoja, joita tarvitsemme kaikilla työelämän alueilla. Ammatillisia taitoja voidaan katsoa kolmen seuraavan ulottuvuuden; substanssiosaamisen, vuorovaikutusosaamisen ja prosessiosaamisen, kautta. Näillä kaikilla on tärkeä merkitys erityisesti moniammatillisen työskentelyn kannalta (Mönkkönen 2007; Mönkkönen 2018). Ammattialakohtainen *substanssiosaaminen* muodostaa sosiaali- ja terveysalan osaamisen ytimen (Kangasniemi, Hipp, Häggman-Laitila, Kallio, Kärki, Kinnunen, Pietilä, Saarnio Viinamäki, Voutilainen & Waldén 2018). Se sisältää olennaisten tietojen ja taitojen hallinnan, jota toiset osaamisen muodot täydentävät. Moniammatillisessa työssä oma substanssitietämys laajenee, sillä yhteistyön lomassa opitaan paljon toisen alan käsitteitä

ja työtapoja. *Vuorovaikutusosaamiseen* liittyy kyky vastavuoroiseen, ideoivaan kommunikaatioon asiakkaan, hänen läheistensä tai toisten ammattilaisten kanssa (esim. Laajalahti 2013). Moniammatillisessa työssä tämä ilmenee siinä, miten onnistumme toimimaan vaikuttavasti yhdessä siten, että asiakas saa yhteistyöstä parhaan mahdollisen hyödyn. *Prosessiosaamiseen* kuuluu prosessien eteenpäin viemiseen liittyviä taitoja. Ammattilaisella on oltava eräänlaista ”näppituntumaa” siitä, milloin toimitaan ripeästi yksin, milloin pysähdytään pohtimaan asioita muiden kanssa, missä kohdin asiakkaan tuen tarve on suurin ja milloin riittää esimerkiksi taustalla oleminen. Ajan tarkoituksenmukainen hyödyntäminen ja tekemisten oikea ajoitus ilmentävät siis prosessiosaamista. Edellä kuvattujen osaamisalueiden erottelu mahdollistaa sen, että kaikki hyvän asiakastyön edellytykset tulevat huomioiduiksi. (esim. Juhila 2016.)

Moniammatilliseen työhön tarvittavia taitoja tai moniammatillista yhteistyötä ei voi katsoa pelkästään yhden toimijan osaamisesta tai toiminnasta käsin, sillä moniammatillisen työn vaikuttavuus syntyy ennen kaikkea yhteistoiminnassa. Usein työtekijät tuovat esiin, että heidän työtään kuormittaa se, että vaikka itse hoitaisi oman osuutensa huolella, saattaa seuraavassa vaiheessa olla viestinnän katkoja ja kapeikkoja, joissa asiakkaan saama palvelu heikentyy. (Juujärvi, Kallunki & Luostari 2020).

Sosnet-yliopistoverkoston julkaisussa ”Sosiaalityöntekijän ammattitaidon arviointi asiakasturvallisuuden näkökulmasta” (Sosnet 2019) edellä mainittu jäsennetään kolmen ulottuvuuden avulla: Eettinen ja juridinen osaaminen, palveluprosessin ja sen johtamisen osaaminen sekä monialainen verkosto- ja yhteistyöosaaminen. Näistä ensimmäinen näyttäytyy lähinnä substanssiosaamisena, toinen selkeästi prosessiosaamisena ja kolmas vuorovaikutusosaamisena. Jaottelu on tehty yhteistyössä Valviran kanssa sosiaalityöntekijän ammatillisen osaamisen arvioimisen tueksi tilanteessa, jossa osaamista kohtaan on esitetty valvontaa ja selvitystoimia vaativia syytöksiä. Ammattitaidon puutteet liittyvät julkaisun laatijoiden

mukaan vahvasti asiakasturvallisuuden puutteisiin. Esimerkiksi monialaisten verkosto- ja yhteistyötaitojen osalta tämä voisi tarkoittaa vaikkapa tilannetta, jossa ammattilainen luottaa liikaa vain omaan ammattitaitoonsa eikä konsultoi muiden alojen ammattilaisia, jotka työskentelevät saman asiakkaan kanssa. Tällöin jokin asiakkaan tilanteeseen merkittävästi vaikuttava tekijä voi jäädä huomaamatta. Asiakasturvallisuudella tarkoitetaan edellä mainitun julkaisun mukaan palveluiden järjestämistä, tuottamista ja toteuttamista siten, että asiakkaan fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen sekä taloudellinen turvallisuus eivät vaarannu. Edelleen saman oppaan mukaan sillä tarkoitetaan, että organisaatiot ja asiakastyötä tekevät sosiaalialan työntekijät noudattavat laissa säädettyjä velvoitteita sekä sosiaalialan eettisiä periaatteita ja toimintakäytäntöjä. Oppaassa korostetaan sitä, että sosiaalityöntekijän ammatillinen toiminta asiakasturvallisuuden toteuttajana perustuu tutkittuun tietoon ja ammatin eettisiin periaatteisiin. Sosiaalityöntekijä on vastuussa työnsä laadusta paitsi asiakkaalleen ja hänen perheelleen myös työyhteisölleen, yhteistyöverkostolleen ja laajemmin koko yhteiskunnalle. (Sosiaalityöntekijän ammattitaidon arviointi asiakasturvallisuuden näkökulmasta 2019).

Prosessiosaamisen merkitys on korostunut viime vuosina ja sen myötä nähdään myös syntyvän yhteinen lisäarvo palvelujen integraatiolle ja prosessien sujumiselle. (Stenvall & Virtanen 2012.) Tärkeä käsite tässä tarkastelussa on aika, jota tarkastellaan suhteessa asiakkaan prosessin eri vaiheisiin. Muutoksissa sekä vanhat että uudet asiat kulkevat rinnakkain, kuten monet organisaatiotutkimuksen klassikot ovat asioita kuvanneet (Schein 1988; Argyris 1998). Ihmisillä on taipumus ihannoida menneitä aikoja ja epäillä uutta ja tuntematonta, mikä saattaa tulla esille organisaatiouudistuksissa, kun toimintoja yhdistellään ja työtä joudutaan organisoimaan uudella tapaa (Mönkkönen & Puusa 2014). Edgar H. Schein (1988) käytti tällaisesta ilmiöstä jäävuorivertausta: hän kuvasi, kuinka ajan myötä jäävuoren eri kerrokset sekoittuvat ja pintaan nousee vettä syvyyksistä. Uudessa tilanteessa ei koskaan eletä pelkästään nykyhetkessä, vaan asioita

katsotaan myös eletyn elämän näkökulmasta. Moniammatillisessa työssä tämä voi ilmetä vanhoista toimintamalleista kiinni pitämisenä sekä pelkona oman asiantuntijuuden merkityksen vähenemisestä, kun asiantuntijuutta jaetaan. Tosin tässä ajassa toimintaympäristön nopeat muutokset ja yhteiskunnalliset kriisit asettavat kaikille aloille uusia vaatimuksia tehdä työtä uudella tavalla. Moniammatillisen työn kannalta prosessiosaaminen merkitsee, että asiakkaan palvelu hahmotetaan kokonaisuutena ja tämä mahdollistuu vain kiinteässä yhteistyössä asiakasprosessissa mukana olevien muiden ammattilaisten kanssa.

Viime vuosina sosiaali- ja terveydenhuollossa on otettu yhdeksi toiminnan kehittämistä ohjaavaksi näkökulmaksi niin sanottu Lean-malli. Tästä on tullut terveydenhuollossa keskeinen johtamisen diskurssi (Hirvonen 2019). Mallin keskeisenä päämääränä kehittämisessä ovat hyvinvoinnin edistäminen, asiakkaan kunnioitus, jatkuva kehittäminen sekä moniammatillisen suunnittelun edistäminen (Reijula & Tommelein 2012; Modig & Ahlström 2015). Leanin on nähty eroavan johtamiseen viime vuosina vaikuttaneesta resurssitehokkuusajattelusta, jossa toimintaresursseja pyritään käyttämään mahdollisimman tehokkaasti. Toimintaa pyritään kohdentamaan ennen kaikkea asiakaskokemuksen parantamiseen. Työprosessit tulee määritellä yhdessä eivätkä työtavat voi perustua pelkästään yksilöllisiin toimintatapoihin. Asiakkaan tulee saada tasalaatuista palvelua riippumatta siitä, kuka hänen asiaansa hoitaa. Tämän vuoksi asiakasprosessia tulee nykyisin standardoida siten, että prosessi on ennustettava, läpinäkyvä ja helposti arvioitava. Tämä asettaa yksittäiselle ammattilaiselle myös haasteen jäsentää aiempia toimintatapojaan uudella tavalla. Ihmisammateissa on totuttu tekemään asiakastyötä kukin omalla persoonallaan, joten ammattilainen voi kokea työskentelytapojen standardoinnin eettisesti ristiriitaisena (ks. Jokinen 2017; Hirvonen 2019). Esimerkiksi Riikonen, Makkonen ja Vilkkumaa (2002) kutsuvat produktiiviseksi hulluudeksi ilmiötä, jossa

aiemmin itsestään soljuvat vuorovaikutustilanteet ovat muuttuneet tarkkaan säädeltyjen toimintamallien noudattamiseksi.

Työn tehostamisen lisäksi nähdään, että palvelussa ei saa syntyä turhaa odottelua ja viivyttelyä, vaan tekemisten pitää tuottaa lisäarvoa asiakkaalle. Moniammatillisen työn kehittämisen kannalta oleellista on, että kaikki toimijat jakavat yhteiset säännöt ja onnistuvat hahmottamaan eri toimijoiden roolit kokonaisuudessa. Moniammatillisissa tiimeissä saattaa kuitenkin olla epäselvyyksiä eri toimijoiden rooleista. Ammattilainen saattaa kokea, että hänen roolinsa moniammatillisessa työryhmässä nähdään liian kapea-alaisesti tai hänen työhönsä liittyvä odotukset eivät ole perustehtävään nähden tarkoituksenmukaisia (Vaininen 2011; Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019; Arajärvi, Mönkkönen, Kekoni & Toikko 2020). Kunkin ammattilaisen työpanos tulee arvioida suhteessa siihen, mitä lisäarvoa se tuottaa yhteisessä prosessissa ennen kaikkea asiakkaan kannalta. Lisäksi jokaisella ammattilaisella on henkilökohtainen vastuu itse tuoda oma asiantuntemuksensa ja työpanoksensa tarkoituksenmukaisesti osaksi yhteistä työskentelyä.

Oli kyse sitten mistä toimintamallista tahansa, mallin vaikuttavuus syntyy vain asiantuntevassa käytössä, jossa asiakkaan arvokkaalla kohtaamisella on tärkeä asema. Edellä kuvattu Lean-mallikin voi pahimmillaan johtaa yksittäisen työntekijän käsissä liialliseen laskelmointiin, jossa vuorovaikutus asiakkaan kanssa tai moniammatillisen tiimin kanssa aletaan kokea tarpeettomana hukka-aikana (Mönkkönen 2018). Työ voi täyttää kenties sujuvan prosessin kriteerit, mutta asiakkaalle tuo nopea sujuvuus saattaa näyttäytyä epäinhimillisenä liukuhihnatyönä. Moni työntekijä kokee olevansa myös kohtuuttomien tehostamisvaatimusten keskellä tilanteessa, jossa resurssit ovat rajalliset (esim. Hirvonen 2019). Lean-mallia tahollaan kehittäneet Modig ja Ålström (2015, 47–49) varoittavatkin vääränlaisesta tehokkuusajattelusta, jossa keskitytään lähinnä resurssitehokkuuteen huomioimatta asiakkaan saamaa hyötyä ja prosessin kulkua kokonaisuudessaan.

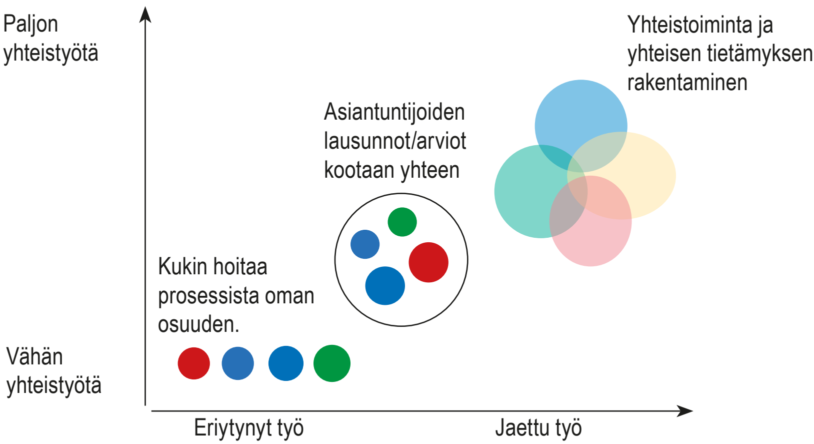
Sosiaali- ja terveysalojen uudistamispyrkimykset ovat käynnistäneet mittavia, konsulttivetoisia organisaatiouudistuksia, joissa pyritään tekemään asiakkaan palveluprosessi ja ammattilaisten keskinäinen työprosessi näkyväksi. Yhteistyön edistäminen on muuttuvan työelämän kannalta tavoiteltavaa, mutta sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen pelkästään liike-elämän muotivirtauksilla on kyseenalaista. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat kokeneet meneillään olevien uudistusten myötä työn autonomian menettämistä, työn vaatimustason nousemista sekä jatkuvan kiireen lisääntymistä. (Jokinen 2017). Julkisella sektorilla on monia lakiin sidottuja velvoitteita, joita yksittäinen työntekijä ei voi ohittaa (esim. Weinberg & Banks 2019). Sen sijaan jokaisen työntekijän tulee kuitenkin osata jäsentää, mistä kaikista osista oma työprosessi (esimerkiksi asiakkaan vastaanotto, varsinainen palvelu tai siihen liittyvä jälkituki) rakentuu. Tarvitaan valmistelua, ajanvarausta, kohtaamista, kirjaamista, muiden toimijoiden konsultointia ja asiakkaan saaman tuen jatkuvuuden varmistamista. Lisäksi ammattilaisen on oltava eettisesti valveutunut puuttumaan myös palvelun epäkohtiin ja mahdollisiin laiminlyönteihin. (Banks 2012; Weinberg & Banks 2019.)

Vaikuttava moniammatillinen yhteistyö

Keskustelu vaikuttavuudesta on lisääntynyt sosiaali- ja terveyspalvelujen arvioinnissa (ks. Miettinen, Selander & Linnosmaa 2020 tässä julkaisussa). Harvemmin puhutaan kuitenkin vuorovaikutuksen ja yhteistyön vaikuttavuudesta, mikä on työn vaikuttavuuden keskeinen ehto. Esimerkiksi terapiamenetelmiä arvioivassa tutkimuksessa, jossa käytettiin laajoja aineistoja ja vertailtiin eri menetelmiä, havaittiin, että yksittäisellä menetelmällä ei sinällään ole yhtä suuri merkitys kuin sillä, minkälainen suhde asiakkaaseen syntyy (Goldsmith, Lewis, Dunn & Bentall 2015). Samaa voi sanoa moniammatillisesta työskentelystä, jonka onnistuminen riippuu oleellisesti eri toimijoiden kyvystä toimia tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti yhdessä.

Tämän vuoksi moniammatillista työskentelyä harjoitellaan draaman ja simulaation keinoin. Näiden pedagogisten menetelmien avulla on mahdollista tunnistaa vuorovaikutuksen onnistumiseen, mutta myös vuorovaikutuksen karikoihin liittyviä seikkoja omassa ammatillisessa toiminnassa. (Koponen & Julkunen 2015.)

Ammattien välisen yhteistyön määrällä ja vuorovaikutuksen tavalla on oletettavasti vaikutusta siihen, minkälaiseksi moniammatillinen työskentely kehittyy. Alla olevassa kuviossa 1 esitämme hypoteettisen mallin, jossa moniammatillisen työn laatu on sidoksissa yhteistyön määrään ja yhteistyön organisoitumisasteeseen.



Kuvio 1. Moniammatillisen työn luonne suhteessa yhteistyön määrään

Kuvio havainnollistaa sitä, miten moniammatillisen työskentelyn toteutumistapa riippuu tavastamme hahmottaa oma työroolimme suhteessa muiden ammattilaisten kanssa tehtävän yhteistyön määrään ja laatuun. Kuvio havainnollistaa myös, miten eri tavoin moniammatillinen yhteistyö voidaan ymmärtää. Kuvion alaosassa eri väristen pallojen jonolla kuvataan perinteistä moniammatillisen

työskentelyn tapaa: ammattilaiset suorittavat työtehtävänsä peräkkäin eivätkä heidän työalueensa juurikaan kosketa toisiaan. Tällaista työtapaa voisi kuvata ketjun käsitteellä. Ketju syntyy siitä, että asiakas asioi peräkkäin eri asiantuntijoilla ja joutuu itse muodostamaan asioista kokonaisuuden. Asiakas saattaa vuosikausia asioida esimerkiksi TE-toimistossa työasioissa, Kelassa sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa, mielenterveystoimistossa psyykkisten ongelmiensa vuoksi ja asuntotoimistossa asuntoasioissa. Tämä työskentelytapa sopii tilanteisiin, joissa asiakas osaa yhdistellä eri asioita ja selvittää niitä aktiivisesti itse tai tilanteisiin, joissa asiantuntijoiden näkemykset eivät ole pahasti ristiriidassa keskenään.

Hiukan edistyneempää moniammatillisen työskentelyn muotoa kuvataan ympyrän sisällä olevilla monivärisillä palloilla, jotka kuitenkin ovat toisistaan vielä irrallaan. Tässä on kyse asiantuntijatiedon vaihdosta tiimissä siten, että eri ammattilaiset kyllä kokoontuvat pohtimaan asiaa yhdessä, mutta yhteistyössä ei vielä edetä syvemmälle asiantuntijuuden jakamisen alueelle. Tällöin asiantuntijoiden näkemykset ikään kuin liitetään toisiinsa rinnakkaisiksi lausunnoiksi, kuten erikoissairaanhoidossa usein tehdään. Vaikka joku usein kokoaa tiedon yhteen tai asiakkaan tilanteesta keskustellaan yhdessä, työskentely ei ole vielä siten yhteistoiminnallista, että eri asiantuntija-alueet sulautuisivat toisiinsa. Jos työyhteisöjen toimintakulttuuri on rakentunut yksin tekemiselle ja ammatilliselle autonomialle, saattaa oman työn jakaminen tuntua vaikealta tai toisen alueelle astuminen saatetaan kokea jopa uhkana omalle asiantuntijuudelle (Mikkeli & Pakkasvirta 2007; Isoherranen 2012; Mönkkönen & Puusa 2014).

Vaikuttavassa moniammatillisessa työtavassa toteutuu jaetun työn idea, jolloin kaikkien ammattilaisten asiantuntijuus laajenee sulautuen yhdeksi kokonaisuudeksi. Kuvassa tätä yhteistyön astetta ilmentävät toisiinsa limittyvät, haaleamman väriset ja väreiltään osin yhteenkin sulautuneet pallot. Edellä kuvatun prosessiajattelun mukaisesti tämä näyttäytyy asiakkaalle yhtenäisenä työskentelynä, ja palvelu koetaan hyvin sujuvaksi. Modigin ja Ahlströmin (2015) mu-

kaan ammattilaisten toimiessa hyvin yhdessä voi asiakas kokea olevansa hyvissä käsissä. Tällöin kyse on yhteisestä tiedonmuodostamisesta ja aidosta yhteistoiminnasta sekä dialogisuudesta (Seikkula & Arknkil 2005; Tsoukas 2009; Isoherranen 2012). Moniammatillinen yhteistyö laajentaa myös ammatti-identiteettiä siten, että oma asiantuntijuus nähdään aiempaa enemmän suhteessa toisten toimijoiden asiantuntijuuteen (Bayne-Smith ym. 2014; Best & Sharon 2019).

Edellä käytimme ”rajat” käsitteen sijasta uudempaa, yhdyspinnan, käsitettä. Uusia yhdyspintoja ei kuitenkaan synny, ennen kuin joitakin rajoja on ylitetty. *Kulttuurinen rajojenylitys* tarkoittaa, että ammattilainen rohkaistuu perehtymään toisen alan toimintakulttuuriin ja työtapoihin ja haluaa oppia niistä. *Asenteellinen rajojenylitys* puolestaan edellyttää rohkeutta katsoa asioita uudesta perspektiivistä sekä kykyä kyseenalaistaa aiempia oletuksia ja uskomuksia. *Ammatillinen rajojen ylitys* on moniammatillisen työn ydintä ja tarkoittaa sitä, että näemme toisten ammattilaisten osaamisen oman ammattikunnan taitoja täydentävänä osaamisena. Tällöin kunkin ammattilaisen osaamista halutaan aidosti jakaa ja hyödyntää yli ammattirajojen. Sen sijaan *rakenteellisesta rajanylityksestä* voidaan puhua silloin, kun organisaation johto luo tarkoituksenmukaiset edellytykset moniammatilliselle työskentelylle siten, että eri yksikköjen erilaiset säännöt eivät asettuisi hyvän yhteistyön esteeksi. (Kekoni ym. 2019.)

Jotta sosiaali- ja terveysalojen integraatio ja palvelujen kehittäminen toteutuisivat toivotulla tavalla, on eri alojen ammattilaisten voitava kehittää osaamistaan. Työntekijöillä on oltava mahdollisuus harjoitella ja opetella moniammatillisen työskentelyn taitoja, jotta työskentely eri alojen yhdyspinnoilla onnistuu. Valmiudet tulevaisuuden moniammatilliseen osaamiseen ja eri alojen osaamista yhdistävään työotteeseen luodaan parhaassa tapauksessa jo opiskeluaikana, tai vähintäänkin niitä tulisi voida harjoitella organisaatioissa ja työyhteisöissä ennen kuin uusia toimintatapoja otetaan käyttöön. Koulutuksen keinoin varmistetaan tulevaisuuden osaaminen, tapahtuipa se työelämässä tai jo siihen valmentavan opiskelun aika-

na. Myös työelämässä toimivat ammattilaiset joutuvat kehittämään osaamistaan toimintaympäristön ja palveluiden muuttuessa ja jatkuvan kehittymisen vaade jatkuu läpi työuran.

Moniammatillinen vuorovaikutusosaaminen on yksi tulevaisuuden osaamisessa vaadittava taito kaikilla ammattialoilla (Yankelovich 2001; Syväjärvi & Pietiläinen 2016). Moniammatillisen työn kehittämistä ohjaavat monet laajemmat työelämän ja lainsäädännön uudistukset, joissa korostetaan yhteistyötä, verkottumista, avointa viestintää eri toimijoiden kesken ja ennen kaikkea asiakkaan osallisuuden vahvistamista palveluprosessissa. Jokainen ammattilainen joutuu kehittämään yhteistyötaitojaan koko työuransa ajan. Yliopiston simulaatiokoulutuksissa on havaittu, että alan opiskelijat ja pitkän ammattilaiset tunnistavat hyvin samoja yhteistyön haasteita riippumatta siitä, onko kyse aloittelijasta tai kokeneesta asiantuntijasta (Mönkkönen ym. 2021; Saaranen, Silen-Lipponen, Palkolahti, Mönkkönen, Tiihonen & Sormunen 2020). Tämä kertoo siitä, että moniammatillinen osaaminen ei tule automaattisena kylkiäisenä ammattitutkinnon ja kokemuksen myötä, vaan se edellyttää myös työelämässä jatkuvaa harjoittelua ja oman toiminnan kriittistä arviointia. Olemme sosiaali- ja terveysalan työssä siirtyneet yhä enemmän yksin tekemisestä yhteisen tekemisen alueelle.

Monitoimijainen työtapa voi edistää monin tavoin asiakastyön hallintaa ja työntekijän hyvinvointia. Se myös vahvistaa asiakastyön kannalta keskeisiä yhteistyösuhteita. Kun asioita jaetaan useiden toimijoiden kesken yhdessä, myös niiden kuormittavuus luonnollisesti vähenee ja oma osaaminen laajenee. Nämä myönteiset seikat edellyttävät toisaalta myös yhteistyösuhteiden vaalimista. Jokaisen työntekijän on tärkeää reflektoida ja arvioida omia vuorovaikutustapojaan ja -taitojaan sekä pohtia sitä, miten kukin omalla toiminnallaan voi edistää monitoimijaisen työn vaikuttavuutta.

Lähteet

Arajärvi Miina, Mönkkönen Kaarina, Kekoni Taru & Toikko Timo 2020. Sosiaalityön psykososiaalinen asiantuntijuus nuorisopsykiatrian moniammatillisen työyhteisön määrittelemänä. *Janus* 28(4), artikkelikäsikirjoitus hyväksytty julkaistavaksi.

Argyris Chris 1998. On *Organizational Learning*. Blackwell, Oxford.

Banks Sarah 2012. *Ethics and Values in Social Work*. Palgrave, Basingstoke.

Bayne-Smith Marcia, Mizrahi Terry, Korazim-Körösy Yossi & Garcia Martha 2014. Professional identity and participation in interprofessional community collaboration. *Issues in Interdisciplinary Studies* 32, 103–133.

Best Stephanie & Williams Sharon 2019. Professional identity in interprofessional teams: findings from scoping review. *Journal of Interprofessional Care* 33(2), 170–181.

Brashers Valentina, Owen John & Haizlip Julia 2015. Interprofessional education and practice guide no. 2: Developing and implementing a center for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care* 29(2), 95–99.

Collin Kaija, Valleala Ulla-Maija, Herranen Sanna, Paloniemi Susanna & Pyhälä-Liljeström Paula 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 31–43.

Etene 2013. *Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla*. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 35. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3263-0

European Comission 2016. *Open Innovation. Open Science. Open to world – a vision for Europe*. Directorate-General for Research and Innovation. Unit A1. B-1049 Brussels.

Frost Nick, Robinson Mark & Anning Angela 2005. Social workers in multidisciplinary teams: Issues and dilemmas for professional practice. *Child and Family Social Work* 10(3), 187–196.

Gieryn Thomas F. 1983. Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review* 48(6), 781–795.

Goldsmith L.P., Lewis S.W., Dunn G. & Bentall R.P. 2015. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine* 45(11), 2365–2373.

Hall Pippa 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 1, 188–196.

Hallamaa Jaana 2017. *Yhdessä toimimisen etiikka*. Gaudeamus, Helsinki.

Hirvonen Helena 2019. Julkisen palvelun tehostamisen uudet opit. Tarkastelussa lean-ajattelu. *Työelämäntutkimus* 17(2), 149–156.

Hujala Anneli & Lammintakanen Johanna 2018. *Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat keskiöön*. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen tutkimusraportti. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 12. https://kaks.fi/julkaisut/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon/

Hujala Anneli, Mustonen Erja, Klinga Charlotte, Lammintakanen Johanna, Laulainen Sanna & Taskinen Helena 2020. Integroiva johtaminen. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 131–149.

Isoherranen Kaarina 2012. *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Jokinen Eeva 2017. Sote-seikan sukupuoli. Teoksessa Eskelinen Teppo, Harjunen Hannele, Hirvonen Helena & Jokinen Eeva (toim.) *Tehostamistalous*. SoPhi. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä. 52–74.

Jones Barbata & Farya Phillips 2016. Social work and interprofessional education in health care: a call for continued leadership. *Journal of Social Work Education* 52(1), 18–29.

Juhila Kirsi 2016. *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina: sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Vastapaino, Tampere.

Juujärvi Soile, Kallunki Elina & Luostari Heidi 2020. Ethical Decision-Making of Social Welfare Workers in the Transition of Services: The Ethics of Care and Justice Perspectives. *Ethics and Social Welfare* 14(1), 65–83.

Kananoja Aulikki 2007. Sosiaalityön asiakastyö, menetelmät ja orientaatiot. Teoksessa Kananoja Aulikki, Lähteinen Martti, Marjamäki Pirjo, Laiho Kristiina, Sarvimäki Pirjo, Karjalainen Pekka & Seppänen Marjaana (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Tietosanoma, Jyväskylä, 98–104.

Kangasniemi Mari, Hipp Kirsi, Häggman-Laitila Arja, Kallio Hanna, Karki Su-yen, Kinnunen Pirjo, Pietilä Anna-Maija, Saarnio, Viinamäki Leena, Voutilainen Ari & Waldén Anne 2018. *Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018.

Kekoni Taru, Kainulainen Anni, Tiilikainen Elisa, Mäki-Petäjä-Leinonen Anna, Mönkkönen Kaarina & Poikonen Heidi 2020. Integratiivista oppimista monitieteisen klinikkaopetuksen keinoin – oikeustieteiden ja sosiaalityön opiskelijoiden oppimiskokemuksia sosiaalioikeuden klinikkakurssista. Julkaisuprosessissa oleva käsikirjoitus.

Kekoni Taru, Mönkkönen Kaarina, Hujala Anneli, Laulainen Sanna & Hirvonen Jukka 2019. Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa Mönkkönen Kaarina, Kekoni Taru & Pehkonen Aini

(toim.) *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttavaa vuorovaikutusta sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus, Helsinki, 15–46.

Kivinen Tuula, Vanjusov Heidi & Vornanen Riitta 2020. Asiakkaan ääni: osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 267–293.

Koponen Jonna & Julkunen Saara 2015. Theoretical Principles of Simulation-Based Sales Communication Training. *Simulation and Gaming* 46(2), 137–147.

L785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

L812/2000. *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812

L1301/2014 *Sosiaalihuoltolaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301

L254/2015. *Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista*. https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150254

Laajalahti Anne 2014. *Vuorovaikutusosaaminen ja sen kehittyminen tutkijoiden työssä*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

LAPE 2019. *Askelmerkit. Lapsi keskiöön – tuki arkeen*. Power point -esitys Maria Kaisa Aula, Hankejohtaja STM, 14.1.2019. https://stm.fi/documents/1271139/1953486/LAPE+2019+toimintasuunnitelma+mka+14012019_.pdf/8fcbffa2-1ee8-8c07-925c-7ab2380c8c20/LAPE+2019+toimintasuunnitelma +mka+14012019_.pdf

Lääkäriliitto. *Lääkärin eettiset ohjeet*. https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/eettiset-ohjeet/

Miettinen Janissa, Selander Kirsikka & Linnosmaa Ismo 2020. Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 77–128.

Mikkeli Heikki & Pakkasvirta Jussi 2007. *Tieteiden välissä. Johdatus monitieteisyyteen ja poikkitieteisyyteen*. WSOY, Helsinki.

Modig Niklas & Pär Åhlström 2015. *Tätä on lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin*. Suom. Maarit Tillman. Rheologica Publishing, Tukholma.

Mönkkönen Kaarina 2007. *Dialoginen asiakastyö*. Edita Oy, Helsinki.

Mönkkönen Kaarina 2018. *Vuorovaikutus asiakastyössä. Kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus, Helsinki.

Mönkkönen Kaarina, Kekoni Taru, Jaakola Anne-Mari, Profiam sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen Aini 2019. Kohti monitoimijaista kehittämistä. Teoksessa Mönkkönen Kaarina, Taru Kekoni & Pehkonen Aini (toim.) *Moniammatillinen yhteistyö.*

Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus, Helsinki, 112–148.
Mönkkönen Kaarina, Kekoni Taru & Pehkonen Aini 2019. *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus, Helsinki.
Mönkkönen Kaarina & Puusa Anu 2014. From disunited to joint action – dialogue reflecting the construction of an organizational identity after a merger. *Sage Open* July–September, 1–13.
Mönkkönen Kaarina, Silen-Lipponen Marja, Kekoni Taru & Saaranen Terhi 2021. Interprofessional understanding of ethical dilemmas: Learning experiences of simulation learning in social welfare and health care education. *The Journal of Social Work Values and Ethics* 18(2), artikkelikäsikirjoitus hyväksytty julkaistavaksi.
Oikeusministeriö 2013. *8-vuotiaan lapsen kuolemaan johtaneet tapahtumat*. Selvityksiä ja ohjeita 32/2013. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-300-9
Reijula Jori & Iris Tommelein 2012. Lean hospitals: a new challenge for facility designers. *Intelligent Buildings International* 4(2), 1–18.
Reina Timo 2017. *Rajapinnoista yhdyspintoihin*. Kuntaliiton yhdyspintaseminaari 30.3.2017, Kuntatalo. https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/reina.pdf
Riikonen Eero, Makkonen Mikko & Vilkkumaa Ilpo 2002. *Hullun työn tauti*. Vastapaino, Tampere.
Rydenfält Christofer, Borell Jonas & Erlingsdottir Gudbjörg 2019. What do doctors mean when they talk about teamwork? Possible implications for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care* 33(6), 714–723.
Saaranen Terhi, Silen-Lipponen Marja, Palkolahti Maria, Mönkkönen Kaarina, Tiihonen Miia & Marjorita Sormunen 2019. Interprofessional learning in social and healthcare - learning experiences from large-group simulation in Finland. *Nursing Open* 7(6), 1978–1987. https://doi.org/10.1002/nop2.589
Saranto Kaija, Kinnunen Ulla-Mari, Jylhä Virpi & Kivekäs Eija 2020. Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 179–212.
Shrader Sarah, Kern Donna, Zoller James & Blue Amy 2013. Interprofessional teamwork skills as predictors of clinical outcomes in a simulated healthcare setting. *Journal of Allied Health* 42(1), 1–6.
Seikkula Jaakko & Arnkil Tom 2005. *Dialoginen verkostotyö*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
Silén-Lipponen Marja, Tiihonen Miia, Kekoni Taru & Saaranen Terhi 2019. *Iäkkäiden hoidon opetus moniammatillisessa*

suurryhmäsimulaatiossa. Ikäosaamisen verkkojulkiasu IkäNYT. Karelia-ammattikorkeakoulu. https://vanha.karelia.fi/ikanyt/2019/02/11/iakkaiden-hoidon-opetus-moniammatillisessa-suurryhmasimulaatiossa/

Sosnet 2019. *Sosiaalityöntekijän ammattitaidon arviointi asiakasturvallisuuden näkökulmasta*. Sosnetin julkaisuja 2019. https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=5bb67149-62e6-43d4-a513-9cb1c8936aa1

Stenvall Jari & Virtanen Petri 2012. *Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen*. Tieto-sanoma OY, Helsinki. (haettu 1.10.2019)

Syväjärvi Antti & Pietiläinen Ville (toim.) 2016. *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Tampere University Press, Tampere.

Talentia 2017. Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. https://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/

Thistlethwaite Jill 2012. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education* 46, 58–70.

Tervaskanto-Mäentausta Tiina 2018. *Interprofessional Education during Undergraduate Medical and Health Care Studies*. Väitöskirja, Oulun yliopisto, Oulu.

Tiilikainen Elisa, Hujala Anneli, Kannasoja Sirpa, Rissanen Sari & Närhi Kati 2019. "They're always in a hurry" – older people´s perceptions of access and recognition in health and social care services. *Health Social Care Community*. DOI.org/10.1111/hsc.12718

Tsoukas Haridimos 2009. A Dialogical Approach to the Creation of New Knowledge in Organizations. *Organization Science* 20(6), 941–957.

Vaininen Satu 2011. *Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina. Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.

Weinberg Merlinda & Banks Sarah 2019. Practicing Ethically in Unethical Times: Everyday Resistance in Social Work, *Ethics and Social Welfare* 13(4), 361–376.

WHO (World Health Organization) 2010. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. WHO, Geneva.

Yankelovich Daniel 2001. *The Magic of Dialogue. Transforming Conflict into Cooperation*. Touchstone, London.

Äikäs Aino, Mönkkönen Kaarina, Issakainen Mervi, Kekoni Taru, Kasanen Kati & Karkkola Petri 2020. Opiskelijoiden kokemuksia monitieisestä oppimisesta. *Aikuiskasvatus*, 40(2), 112–126. https://doi.org/10.33336/aik.95451

Asiakaslähtöinen palveluohjaus

Hanna Ristolainen, Päivi Roivas, Erja Mustonen & Anneli Hujala

Johdanto

Asiakaslähtöisyyttä pidetään nykyisin keskeisenä tavoitteena lähes kaikessa sosiaali- ja terveysalan kehittämisessä. Potilas on jo muuttunut asiakkaaksi – vai onko? Tässä artikkelissa tarkastelemme asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeisen ja yhä korostuvan työmuodon, palveluohjauksen näkökulmasta. Pohdimme myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen, monialaisen asiakassuunnitelman roolia asiakaslähtöisyyden työvälineenä. Lopuksi esitämme kriittisiä näkemyksiä asiakaslähtöisyydestä analysoimalla ikääntyneiden henkilöiden parissa työskentelevien palveluohjaajien puhetta asiakkaista.

Tarkastelussa olemme hyödyntäneet sekä tutkimuskirjallisuutta että omia kokemuksiamme ja tuloksiamme aiheeseen liittyvistä kolmesta tutkimus- ja kehittämishankkeesta. *Onnistu sote-integraa-*

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 241–266.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

tiossa -tutkimushanke (2016–2018) kohdistui sosiaali- ja terveysalan monialaiseen yhteistyöhön (Hujala ja Lammintakanen 2018). Se toteutettiin tiiviissä yhteistyössä sote-ammattilaisten asiakaslähtöistä ja monialaista yhteistyötä kehittäneen *Parempi arki -hankkeen* (2015–2017, ks. Oksman 2017) kanssa. Lisäksi hyödynnämme tässä artikkelissa PROMEQ-hankkeeseen liittyvän pro gradu -tutkielman tuloksia (Roivas 2019). *Osallistava hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (PROMEQ, 2016–2019) -hankkeen* yhtenä osa-alueena kehitettiin ja tutkittiin palveluohjausta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työvälineenä yksin asuvien ikäihmisten kohdalla (Närhi, Rissanen, Tiilikainen, Kannasoja & Ristolainen 2019). Artikkelin kirjoittajat ovat olleet tutkijoina ja/tai vastuutoimijoina kyseisissä hankkeissa.

Asiakaslähtöisyys – potilaasta asiakkaaksi?

Asiakaslähtöisyydestä on puhuttu jo pitkään sekä poliittisilla areenoilla että käytännön sote-kentällä. Mutta mitä asiakaslähtöisyys oikeastaan tarkoittaa? Ideaalinen ajatus siitä, että asiakas olisi sosiaali- ja terveysalan toiminnan keskiössä, ei välttämättä aina toimi käytännössä. Perinteinen lääkäri-potilas-suhde on perustunut pitkälle erikoistuneen terveydenhuollon ammattilaisen vahvan asiantuntemuksen tuomaan auktoriteettiin. Potilas on ollut enemmänkin lääkärin tai muun ammattilaisen toiminnan passiivinen kohde, objekti. Tämä orientaatio näkyy usein vieläkin terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden kohtaamisessa. Esimerkiksi eräs Parempi Arki -kehittämishankkeeseen (Oksman 2017) osallistunut sote-ammattilainen totesi, että ”sehän on ihan opittu pienestä alkaen, että pitää olla herranpelkoo, kun lääkärin luokse menee” (Hujala & Lammintakanen 2018, 32).

Viime vuosina asiakas on eri tavoin pyritty nostamaan vuorovaikutuksen tasa-arvoisemmaksi osapuoleksi. Esimerkiksi termin ’potilas’ korvaa jo monessa yhteydessä ’asiakas’. Vastaavasti potilaskeskeisyyden ja potilaslähtöisyyden rinnalla käytetään enenevässä määrin

käsitteitä asiakaskeskeisyys ja asiakaslähtöisyys. Käsitteen englanninkieliset muodot *person-centredness* ja *people-centredness* voidaan kääntää myös 'ihmiskeskeisyydeksi' (Koivunen 2017).

Asiakas halutaan nähdä perinteistä potilasta aktiivisempana toimijana, jolla saa olla ja jolla toivotaankin olevan myös omaa päätösvaltaa – ja omaa vastuuta – hoitoihin ja palveluihin liittyvissä asioissa. Edellä mainitussa Parempi Arki -hankkeessa asiakaslähtöisyys saikin aivan uusia merkityksiä, kun asiakas otettiin palvelupolkujen kehittämistyössä konkreettisesti ammattilaisten välisen yhteisen työskentelyn lähtökohdaksi. Asiakkaan mukaan ottaminen kehittämistyöhön avasi silmiä aidolle asiakkaan huomioimiselle. Moniammatilliset tiimit, joissa oli osallistujia erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta, pitivät lähtökohtaisesti tällaista asiakkaiden mukaan ottamista haastavana, mutta kokemusta pidettiin myös tärkeänä ja näkökulmaa avartavana: asiakastyötä oli välillä hyvä katsoa asiakkaan näkökulmasta. (Oksman 2017.)

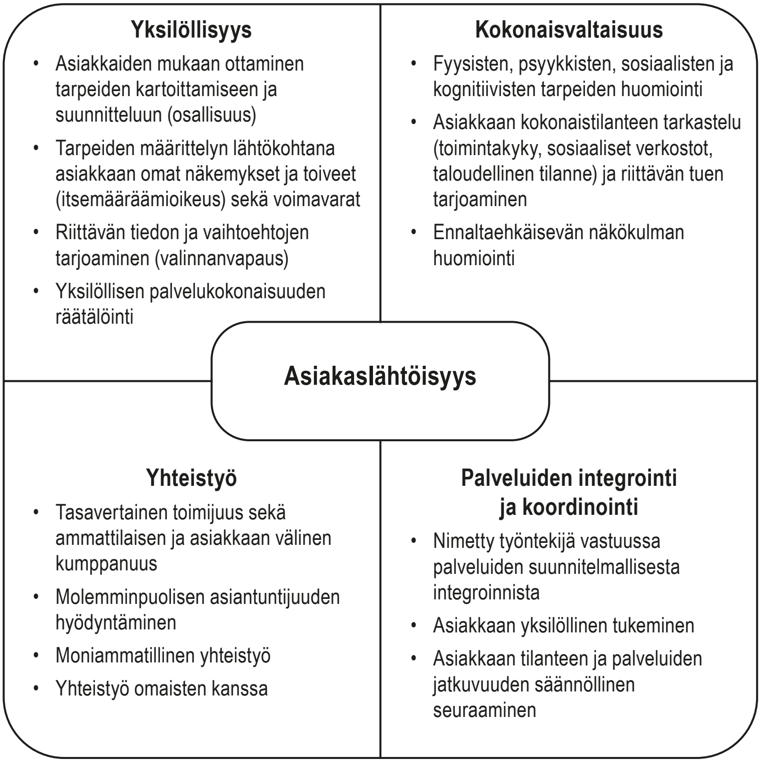
Teoreettisena käsitteenä asiakaslähtöisyyttä voidaan jäsentää monella eri tavalla. Lääketieteessä se nähdään usein muutoksena sairauslähtöisyydestä kokonaisvaltaisempaan otteeseen (Scholl, Zill, Härter & Dirmaier 2014). Se voi tarkoittaa myös siirtymistä järjestelmälähtöisistä palveluista ihmiskeskeisempään ajatteluun (Van der Heide, Snoeijs, Quattrini, Struckmann, Hujala, Schellevis & Rijken 2017), jolloin palvelua eivät enää määritä sen tuottajan (esim. sairaalan) lähtökohdat vaan palvelun käyttäjän näkökulmat. Parhaimmillaan asiakaslähtöinen palvelu lähtee liikkeelle asiakkaan omista tarpeista ja toiveista. Asiakas ei ole enää objekti, toiminnan kohde, vaan tasa-arvoinen subjekti, joka osallistuu tasaveroisesti esimerkiksi häntä koskevaan päätöksentekoon (ks. myös Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020 tässä julkaisussa). Monisairaiden potilaiden hoidon kehittämiseen tähdänneessä kansainvälisessä ICARE4EU-hankkeessa (Van der Heide ym. 2017) asiakaslähtöisen hoidon avaintekijöitä jäsenneltiin seuraavasti:

- Hoidon räätälöinti asiakkaan tarpeiden, mieltymysten, arvojen ja voimavarojen mukaisesti.
- Asiakkaan itsensä ja hänen omaisensa/omaishoitajansa ottaminen mukaan hoitoprosessien suunnitteluun ja toteuttamiseen tasa-arvoisina kumppaneina.
- Omahoidon tukeminen.
- Hoidon koordinointi ja integrointi yli sektori-, organisaatio- ja ammattirajojen (hoidon sujuvuus ja jatkuvuus).

Sourayan Sidanin ja Mary Foxin (2014) mukaan asiakaslähtöisyys viittaa kolmeen ulottuvuuteen, jotka ovat kokonaisvaltaisuus, yhteistyö ja yksilöllisyys. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa asiakkaan hyvinvoinnin kaikkien osa-alueiden huomioimista, ja yhteistyö työntekijän ja asiakkaan tasavertaista toimijuutta. Näillä pyritään yksilölliseen palvelu- ja tukikokonaisuuteen, joka perustuu asiakkaan omiin tarpeisiin, tavoitteisiin ja arvoihin; lähtökohtana asiakkaan voimavarat. (Sidani & Fox 2014, 136–141.)

Irma Kiikkala määrittelee (2000, 116–120) asiakaslähtöisyyden sosiaali- ja terveydenhuollon johtavana periaatteena, joka lähtee toiminnan yleisestä arvoperustasta eli ihmisarvon ja yhdenvertaisuuden kunnioittamisesta, konkretisoituu hoito- ja palvelutoiminnan luonteessa ja työntekijän toiminnassa ja kiteytyy asiakkaan näkemiseen ainutlaatuisena, tuntevana ja kokevana yksilönä. Suvi Raitakari, Kirsi Juhila, Kirsi Günther, Anna Kulmala ja Sirpa Saario (2012) puolestaan pitävät asiakaslähtöisyyttä suhdekäsitteenä, joka muotoutuu jokaisessa asiakassuhteessa omanlaisekseen.

Yhteenvetona aiempaan tutkimukseen perustuen asiakaslähtöisyyttä voidaan määritellä neljän osa-alueen kokonaisuutena (Roivas 2019, 41). Asiakaslähtöisyys perustuu tällöin kokonaisvaltaisuuteen, yksilöllisyyteen, eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja hyvän palvelukokonaisuuden koordinointiin ja integrointiin.



Kuvio 1. Asiakaslähtöisyyden osa-alueet (ks. Roivas 2019, 41)

Teoreettisesta monimuotoisuudestaan huolimatta asiakaslähtöisyyden käsite on yleisesti hyväksytty ja keskeinen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja kehittämisen kansainvälisen tason tavoite. Maailman Terveysjärjestö (WHO, World Health Organization) on luonut kansainvälisen integroitujen asiakaslähtöisten terveyspalvelujen viitekehyksen. Sen visiossa painotetaan, että kaikilla ihmisillä pitäisi olla pääsy terveyspalveluihin, jotka ovat paitsi tehokkaita ja turvallisia, myös perustuvat asiakkaan tarpeisiin ja kunnioittavat asiakkaan mieltymyksiä. (WHO 2016.)

Myös Suomessa asiakaslähtöisyys on ollut sosiaali- ja terveysalan uudistamisen keskeinen painopistealue jo pitkään (ks. esim. Koivu-

nen 2017). Juha Sipilän hallituskaudella (2015–2019) suunnitellussa ja nykyisen, Sanna Marinin johtaman hallituksen (2019–) jatkamassa sote-uudistuksessa asiakaslähtöisyyttä tavoitellaan monella eri tasolla ulottuen koko maan tasoisista järjestelmä- ja organisaatiotason rakennemuutoksista yksittäisen asiakkaan arjen palvelujen toimintatapoihin (ks. Taskinen & Hujala 2020 tässä julkaisussa). Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation avulla pyritään yhdistämään erillisiä sosiaali- ja terveyspalveluja asiakkaan kannalta sujuviksi kokonaisuuksiksi. Sote-uudistuksen tarvetta on perusteltu muun muassa väestön ikääntymisellä sekä yksilöllisten ja entistä tasavertaisempien palvelujen tarpeella. On kuitenkin tärkeää muistaa, että keskeisenä tavoitteena sosiaali- ja terveysalan uudistamisessa on myös taloudellisesti kestävien ratkaisujen löytäminen, mikä voi haastaa asiakaslähtöisyyteen tähtääviä tavoitteita.

Tässä yhteydessä käsittelemme asiakaslähtöisyyttä ja sen merkitystä asiakkaan hoito- ja palveluketjun kannalta erityisesti kahden nykyisin vahvasti esillä olevan painopisteen eli palveluohjauksen ja siihen olennaisesti liittyvän asiakassuunnitelman näkökulmasta.

Palveluohjaus keskiössä

Asiakas- ja palveluohjaus on näyttäytynyt keskeisenä asiakkaan asemaa ja hoito- ja palveluketjun eheyttä tukevana elementtinä sekä sote-uudistuksen suunnittelussa että sote-alan organisaatioiden kehittämisessä. Sote-uudistuksen suunnittelussa asiakasohjauksella on viitattu asiakkuuden ohjaamiseen, ja sen avulla on myös pyritty toteuttamaan palveluiden asiakaslähtöistä integraatiota. (Ranta, Laasonen, Masu, Leskelä, Rissanen, Uusikylä & Tala 2019) Palveluohjaus puolestaan on perinteisemmin mielletty asiakastyön menetelmäksi tai työtavaksi, mutta myös siihen on liitetty hallinnollisia elementtejä. Käsitteitä asiakasohjaus ja palveluohjaus käytetään toisinaan rinnakkaiskäsitteinä, mutta toisaalta ne nähdään myös erillisinä ja toisistaan eroavina käsitteinä. Asiakas- ja palveluohjausta tarkastel-

laan tässä etenkin asiakaslähtöisyyden osalta palveluohjauksen käsitteeseen painottuen.

Palveluohjaus on palveluiden yhteensovittamiseksi kehitetty työtapa, jonka tavoitteena oli alun perin kustannuksien minimointi ja tehokkuuden lisääminen (Weil & Karls 1985). Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluohjausta on toteutettu eri sektoreilla 1990-luvulta lähtien. Suunnitelmallinen ja intensiivinen palveluohjaus on palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelmaan[1] perustuvaa prosessimaista työskentelyä. Tällöin palveluohjaaja tukee asiakasta yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti koordinoimalla asiakasprosessia ja mahdollistamalla erilaisia tukimuotoja ja palveluita asiakaslähtöisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tämän lisäksi palveluohjaus voi olla lyhytkestoista ohjausta ja neuvontaa, jolloin asiakkuus ei aina vaadi erikseen laadittua suunnitelmaa. Eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat palveluohjausta myös neuvovana ja konsultoivana työotteena muun työn ohessa. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997; Payne 2000; Suominen & Tuominen 2007.)

Sote-uudistuksen kontekstissa asiakasohjauksella on tarkoitettu asiakkuuden ohjaamisen käytännön toiminnan tasoa. Kun aikaisemmin palveluohjausta toteutettiin pääasiassa siiloittain, uuteen malliin asiakasohjaukselle on suunniteltu sekä yleistä että erityistä roolia. Tämä tarkoittaa asiakasohjauksen jakautumista kaikille suunnattuun etulinjan ohjaukseen sekä eri asiakasryhmille kohdennettuun suunnitelmalliseen asiakasohjaukseen, jota toteutetaan osin suunnitelmallisen ja prosessimaisen palveluohjauksen periaatteilla. Ikäihmisille suunnattuja keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen maakunnallisia malleja on jo käytössä usealla alueella. (Kehusmaa, Alastalo, Marjeta & Mielikäinen 2018; Mäki-Hallila, Laine, Ollin-

[1] Asiakassuunnitelman rinnalla käytetään sekä lainsäädännössä että käytännön sote-kentällä myös termiä palvelusuunnitelma. Tässä artikkelissa käytämme termiä asiakassuunnitelma. Monialaisella asiakassuunnitelmalla tarkoitamme kokonaisvaltaista, eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhteen kokoavaa suunnitelmaa. Lainsäädännön edellyttämästä asiakas-, palvelu- ja hoitosuunnitelmista ks. tarkemmin luvusta Monialainen asiakassuunnitelma.

poika, Saloranta, Luosmala, Hakkarainen, Ahonen, Kallio, Tupala, Nikoskinen, Kaarnasaari & Päivärinta 2018.)

Palveluohjausta tapahtuu siis eri tasoilla. Etulinjan neuvonta ja ohjaus tarkoittavat matalan kynnyksen palveluohjausta, johon pääsee yhden puhelinnumeron kautta. Neuvontaa ja ohjausta annetaan myös muun muassa sairaaloissa, terveyskeskuksissa (tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksissa) ja erilaisissa matalan kynnyksen paikallisissa neuvontapisteissä. Asiakasohjausyksiköissä tai esimerkiksi ikääntyneiden palvelukeskuksissa toteutettava palvelutarpeen arviointiin pohjautuva suunnitelmallinen palveluohjaus puolestaan vastaa asiakaspalveluprosessin koordinoinnista. Tällöin palveluohjaus alkaa yhteydenotosta, joka voi tapahtua asiakkaan, hänen läheisensä tai esimerkiksi jonkin sosiaali- ja terveydenhuollon tahon toimesta. Seuraavassa vaiheessa yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa arvioidaan asiakkaan elämäntilannetta hyvinvointia ja terveyttä uhkaavien tai heikentävien seikkojen sekä voimavarojen näkökulmasta, toisin sanoen tehdään palvelutarpeen arviointi. Keskeisenä osana palveluohjausprosessia on asiakkaan tarpeiden mukaan laadittu asiakassuunnitelma, johon kirjataan tavoitteet sekä niiden saavuttamiseen tähtäävät toimenpiteet. Asiakassuunnitelma on asiakas- ja palveluohjauksen työväline, mutta sen voi laatia myös muu, asiakkaan asioista vastaava taho. Palveluohjausprosessiin kuuluu myös asiakassuunnitelman toteutuksen seuranta ja arviointi, jolloin keskeisenä tarkastelun kohteena on tavoitteiden saavuttamisen taso eli se, miten hyvin suunnitellut ja toteutuneet toimenpiteet ja palvelut ovat vastanneet asiakkaan tarpeisiin. (Payne 2000; STM 2016; Kettunen 2018; Mäki-Hallila ym. 2018.)

Nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä toteutettavaan palveluohjaukseen verrattuna uudistuvalle asiakas- ja palveluohjaukselle on suunniteltu entistä isompaa roolia sekä järjestelmän että asiakkaan kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä palvelu- tai asiakasohjaus on usein ensimmäinen taho, johon asiakas on apua tarvitessaan yhteydessä. Palveluohjaajalla on

merkittävä rooli asiakkaan kokonaistilanteen kannalta, koska hänen kauttaan määrittyy asiakkuuden jatkuminen. Etenkin monenlaista tukea tarvitsevien asiakkaiden kohdalla palveluohjaajaan muodostuva suhde on perusta vaikuttavalle työskentelylle/toiminnalle. Yhteisen ymmärryksen ja luottamuksen rakentaminen voivat lisätä asiakkaan uskoa oman tilanteen helpottumiseen. (STM 2016; Mönkkönen 2018.) Tämän lisäksi palveluohjaaja on vastuussa hoidon ja palveluiden jatkuvuuden turvaamisesta. Palveluohjaajan tulisi perustaa hoitoon ja palveluihin liittyvät päätökset asiakkaan ja mahdollisesti hänen läheistensä sekä tarvittaessa monialaisen tiimin kanssa käytyyn vuoropuheluun.

Asiakaslähtöinen ohjaussuhde

Palveluohjauksen osalta on käyty keskustelua kumppanuuteen pohjautuvan ratkaisukeskeisen työskentelytavan vaatimuksesta (Blundo & Simon 2016). Kumppanuusajattelu toteuttaa myös asiakaslähtöisyyttä, koska asiakkaan asiantuntijuuden ajatellaan olevan tasavertainen suhteessa ammattilaisen asiantuntijuuteen. On kuitenkin epäselvää, kuinka hyvin asiakaslähtöisyys ja kumppanuus ovat palveluohjauksessa todellisuudessa toteutuneet. Selvityksissä on ilmennyt palveluohjauksen rajoittuvan herkästi hallinnolliseksi työskentelytavaksi asiakkaan ”rinnalla kulkemisen” roolin jäädessä hyvin vähäiseksi (Honkakoski, Kinnunen, Vuorijärvi & Raappana 2015, 15). Asiakasohjauksen malleja kehitettäessä asiakaslähtöisyys on ollut alusta lähtien olennainen ohjausta tukeva elementti. Asiakaslähtöisyyden huomiointi on tarkoittanut muun muassa asiakkaan äänen, toiveiden ja tarpeiden korostamista sekä yhteistoiminnallisuuden esiin nostamista. (Mäki-Hallila ym. 2018.) Tämä antaa hyvän pohjan aidon asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi tulevaisuuden asiakas- ja palveluohjauksessa.

Matalan kynnyksen palveluohjauksessa asiakkaan ja työntekijän välinen suhde on muodollinen ja lyhytkestoinen. Asiakkaan ja työn-

tekijän välistä suhdetta tarkastellaankin tässä lähemmin suunnitelmallisen palveluohjauksen osalta. Palveluohjauksessa on pohjimmiltaan kyse asiakkaan ja työntekijän välisestä vuorovaikutuksesta, joka toimii perustana ohjaussuhteen rakentumiselle. Asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen kannalta keskeistä on se, millaisissa rooleissa asiakas ja työntekijä ovat osana ohjausprosessia. Suhdetta määrittää pitkälti se, kuinka työntekijä tuo oman asiantuntijuutensa vuorovaikutukseen ja sitä kautta muotoutuvaan ohjaussuhteeseen. Suhteen näkökulmasta ohjauksen (counselling) lähtökohdaksi voidaan asettaa sellaisen vuorovaikutuksen toteuttaminen, jonka välityksellä ohjattava kokee olevansa hyväksytty ja ymmärretty. Tämä antaa ohjaussuhteelle pohjan, joka mahdollistaa asioiden tuloksellisen etenemisen. (Onnismaa, Pasanen & Spangar 2002, 7; Mönkkönen 2018.)

Suunnitelmallinen palveluohjausprosessi alkaa asian vireille tulosta, joka tapahtuu esimerkiksi asiakkaan tai läheisen ottaessa yhteyttä neuvonnan puhelinnumeroon. Palvelu- tai asiakasohjaajan alustavan palvelutarpeen selvittämisen perusteella asiakas ohjataan tarkempaan ja kokonaisvaltaiseen palvelutarpeen arviointiin. Jos palvelutarpeen arviointiin ei havaita tarvetta, palveluohjaus jää yleisen neuvonnan ja ohjauksen tasolle. Asiakaslähtöinen palvelutarpeen arviointi on asiakkaan ja työntekijän yhteistoimintaa, jossa laaditaan yhteenveto asiakkaan tilanteesta sekä palveluiden ja tuen tarpeista. Jos palvelutarpeen arvioinnissa ei huomioida asiakkaan omia näkemyksiä riittävästi, johtaa se väärältä pohjalta laadittuun asiakassuunnitelmaan. Tämä puolestaan voi estää toivottujen muutoksien saavuttamisen asiakkaan tilanteessa, terveydessä ja hyvinvoinnissa. Palvelutarpeen arvioinnin tekee joko palveluohjaaja tai se sote-ammattilainen, jonka katsotaan olevan asiakkaan tarpeisiin soveltuvin henkilö. (Kettunen 2018; Mäki-Hallila ym. 2018.)

Asiakaslähtöisyyden esteenä tai hidasteena voi olla työntekijän toiminta palvelutarvetta arvioitaessa. Yksi esimerkki tästä ovat työntekijän tekemät oletukset asiakkaan tilanteesta ilman riittävää ”todistusaineistoa”. Tällaiseksi todistusaineistoksi voisivat jossain

tapauksessa riittää asiakkaalle esitetyt tarkennetut kysymykset ja niihin saadut vastaukset. Työntekijän voi olla itse vaikea havaita vuorovaikutuksensa muuttavan asiakassuhdetta tai heikentävän asiakaslähtöisyyden toteutumista. Olaison (2017) havaitsi palveluohjaajien tekevän omia arvioitaan asiakkaan tilanteesta muokaten vuorovaikutuksen avulla asiakkaan alun perin esittämiä toiveita ja tarpeita. Osaltaan asiakkaan tarpeiden muokkaamisen tai hävittämisen arveltiin johtuvan byrokraattisista syistä, kuten strukturoiduista palvelutarpeen arvioinnin mittareista ja rajallisista palveluiden järjestämisen mahdollisuuksista.

Haastetta asiakaslähtöisen palveluohjauksen toteuttamiseen voivat tuoda myös asiakkaan motivaation puute, asiakkaan epärealistiset tai hyvinvointia ja terveyttä vaarantavat tavoitteet sekä asiakkaan vaikeudet olla osallisena ohjausprosessissa. Asiakkaan motivaation puute tai haluttomuus olla palveluohjauksen asiakas voivat liittyä esimerkiksi turhautumiseen, joka johtuu aikaisemmista palvelukokemuksista. Asiakkaan tilannetta on ehkä selvitetty jo useaan otteeseen, ja arviointeja sekä suunnitelmia on tehty aikaisemminkin. Toisaalta asiakasta voi pelottaa tulevaisuus ja oma pärjääminen, minkä vuoksi asioiden pois lakaiseminen tuntuu helpommalta vaihtoehdolta kuin niiden kohtaaminen ja suunnitelmien laatiminen. Asiakkaat voivat myös asettaa sellaisia itseään koskevia tavoitteita, jotka vaarantavat heidän hyvinvointiaan tai terveyttään. Vaikeuksia asiakkaan omien toiveiden selvittämiseen puolestaan voivat tuoda erilaiset toimintakyvyn rajoitteet kuten muistiongelmat tai kommunikoinnin haasteet. (Black & Fauske 2007; Hänninen 2007, 16; Ristolainen, Tiilikainen & Rissanen 2018.) Edellä mainituissa tapauksissa ammattilaisen tulisi ohjauksessa käyttää sellaisia menetelmiä, jotka paitsi tukevat asiakaslähtöisyyttä myös edistävät ja tukevat asiakkaiden hyvinvointia, terveyttä ja tavoitteita.

Suunnitelmallisen palveluohjauksen prosessi etenee palvelutarpeen arvioinnin pohjalta yhdessä asiakkaan kanssa tehtävään asiakassuunnitelmaan, jota käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

Monialainen asiakassuunnitelma

Palveluohjausprosessiin asiakassuunnitelma kuuluu luonnollisena osana: asiakassuunnitelma laaditaan tarvittaessa palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Asiakassuunnitelmasta on säädetty eri laeissa, mutta suunnitelma voidaan laatia asiakkaalle ilman lakiin perustuvaa velvoitettakin. Asiakassuunnitelma on eri asia kuin viranomaisen tekemä hallintopäätös palvelujen myöntämisestä. Asiakassuunnitelma toimii myönnettävien palvelujen pohjana ja perustana, mutta ei ole allekirjoitettunakaan juridisesti sitova. Monialaisen palvelutarpeen arvioinnin ja monialaisen asiakassuunnitelman haasteena onkin osaltaan se, että sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa niistä käytetään erilaisia käsitteitä ja esimerkiksi päätöksentekoprosessit ja päätösten laillisuusperusteet eroavat toisistaan. (ks. esim. Kompassi 2018, 9.)

Sosiaalihuoltolain (L1301/2014) mukaista palvelutarpeen arviointia on kyseisen lain 39§:n mukaan täydennettävä ”asiakkaalle laadittavalla asiakassuunnitelmalla tai muulla vastaavalla suunnitelmalla, ellei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta”. Asiakaslähtöisyyden edistämiseen tähtäävä Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000, 7§) puolestaan määrittää asiaa seuraavasti: ”Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma”. Vastaavia asiakas- tai palvelusuunnitelmaan liittyviä säädöksiä on muuallakin, esimerkiksi vanhuspalveluja ja vammaispalveluja koskevassa lainsäädännössä. Terveyden- ja sairaanhoidon kontekstissa, kuten Terveydenhuoltolaissa, puhutaan asiakassuunnitelman sijaan usein hoito- ja palvelusuunnitelmasta, joka on niin ikään laadittava tarvittaessa (L1326/2010; ks. myös L785/1992). Näistä käsite- ja laillisuuseroista huolimatta sekä sosiaali- että terveydenhuollon lainsäädännössä painotetaan monialaisen yhteistyön merkitystä palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelman teossa.

Eri hallinnonalojen tuottamat palvelut yhdistävä, monialainen asiakassuunnitelma onkin asiakaslähtöisen integraation keskeinen väline. Tällaista kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä asiakassuunnitelmaa suunniteltiin ja kokeiltiin muun muassa Parempi arki -hankkeessa (Oksman 2017). Yhteinen suunnitelma selkiyttää asiakkaan hoito- ja palvelupolkua ja helpottaa ammattilaisten hoidon suunnittelua: yhteistä asiakassuunnitelmaa käytettäessä ammattilainen on tietoinen asiakkaan kokonaistilanteesta ja osaa ottaa huomioon asiakkaan kaikki hoitotahot ja palvelut. Sote-ammattilaisen näkökulmasta yhteinen suunnitelma välittää tiedon siitä, miten toinen ammattilainen voi auttaa yhteistä asiakasta. On helpottavaa, kun vastuuta vaikkapa monisairaasta tai muuten paljon sote-palveluja tarvitsevasta henkilöstä pystytään jakamaan. Se myös tukee asiakaslähtöistä ajattelua ja toimintaa. Yhteinen asiakassuunnitelma on keskeinen yhteistyön väline myös asiakkaiden ja ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa sekä hoidon ja palvelun suunnitelmallisessa toteuttamisessa. Asiakkaan kannalta yksi suunnitelma, joka perustuu asiakkaan omiin prioriteetteihin, on huomattavasti kokonaisvaltaisempi kuin erilliset suunnitelmat.

Asiakassuunnitelman sisällöllä ja rakenteella on tärkeä merkitys asiakaslähtöisyyden toteutumisessa. Esimerkiksi suunnitelman otsikot ja kysymykset voivat ohjata keskustelua joko ammattilais- tai asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen. Varsinkin paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla on tärkeä lähteä asiakkaan omista tavoitteista: siitä, mikä on tällä hetkellä asiakkaan itsensä mielestä keskeisin ongelma, johon pitää saada hoitoa tai palvelua. Aiemmin ammattilaiset ovat pitkälti määritelleet tavoitteet oman ammattialansa ja substanssinsa näkökulmasta. Tämä on johtanut siihen, että asiakkaalla on useita suunnitelmia, jotka eivät keskustele keskenään ja jotka 'pirstaloivat' myös asiakkaan.

Kun Parempi arki -hankkeessa (Oksman 2017) kartoitettiin paljon palveluja käyttävien asiakkaiden nykytilannetta, eräällä asiakkaalla todettiin olevan jopa 24 erilaista sosiaali- ja terveyspalveluihin

liittyvää suunnitelmaa. Toisella asiakkaalla puolestaan oli 15 eri lääkäriä, joilla hän kävi. Tarve yhteiselle suunnitelmalle oli ilmeinen: asiakkaat kokivat nykytilanteen 'pallotteluna', 'luukuttamisena' ja 'pompottamisena'. Erityisen turhauttavana pidettiin sitä, että asiakas joutuu kertomaan asiansa uudestaan ja uudestaan eri työntekijöille. Yhteydenotot eri työntekijöiltä olivat hajanaisia ja tilanne ilmeni sekavana ja syyllistävänä. Myös ammattilaiset kokivat, että asiakkaista ei oteta 'koppia', on päällekkäisiä palveluja, kokonaisvaltainen hoito ei toteudu eikä tiedetä, mitä muut ammattilaiset tekevät asiakkaan hyväksi.

Monialaisen asiakassuunnitelman tekemisen haasteena on asiakaslähtöisyyden toteutuminen. Parempi arki -hankkeessa (Oksman 2017) harjoiteltiin yhteisen suunnitelman tekemistä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Harjoittelun oppina oli, että helposti lähdetään ammattilaislähtöisiin ehdotuksiin ja neuvojen antamiseen. Käytännössä tällainen moniammatillinen harjoittelu on usein mahdotonta ja siksi asiakassuunnitelman sisällön ja otsikoinnin tuleekin olla nimenomaan asiakaslähtöisyyttä tukeva. Parempi arki -hankkeessa käytettiin terveys- ja hoitosuunnitelmasta mukailtuja otsikoita: asiakkaan tarve, asiakkaan tavoite, suunnitelman toteutumista tukevia asioita (vahvuus- ja resurssilähtöinen ajattelu taustalla), suunnitelman toteutus, keinot, seuranta ja arviointi. Vielä parempi on, jos nämäkin otsikot muutetaan asiakkaalle minä-muotoon: Mitkä ovat minun tarpeeni tässä tilanteessa? Mikä on minun tavoitteeni? Mitkä asiat elämässäni ja lähipiirissäni tukevat tavoitteeni toteutumista?

Asiakassuunnitelmasta on käytävä ilmi, keitä on ollut paikalla, kun suunnitelma on tehty sekä yhteyshenkilön tiedot. On tärkeää, että asiakas saa suunnitelman itselleen ja suunnitelma on asiakkaan asiaa eteenpäin vievä eikä luettelo ongelmista ja siitä, miten ammattilaiset ja palvelut niihin vastaavat (ammattilaislähtöisyys). Ideaalitilanne olisi, että asiakas voisi laittaa oman suunnitelmansa jääkaapin oveen ja se toimisi hänelle voimaannuttavana omahoidon tukena ja palvelujen koordinoijana. Jos asiakassuunnitelma alkaa diagnoosilla

tai negatiivisella kuvauksella (esim. ”…päihteitä ja huumausaineita käyttävä nuori, jolla useita vankilatuomioita…”), se ei välttämättä motivoi parantumaan ja yrittämään eteenpäin.

Edellisen, keväällä 2019 kariutuneen sote-uudistuksen yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiselle asiakassuunnitelmalle suunniteltiin tietynlaista yhtenäistä muotoa. Asiakassuunnitelmalle kaavailtiin tiettyä paikkaa Kanta-palvelussa, jotta se olisi sekä asiakkaan itsensä mutta myös kaikkien ammattilaisten saatavilla, jos asiakas niin haluaa. Tavoitteena oli, että asiakassuunnitelma ei olisi pelkästään palveluohjaajan tai yhden toimipisteen vastuulla, vaan että kukin palvelun tuottaja täydentää, ylläpitää ja toteuttaa sitä omalta osaltaan (Valtioneuvosto 2018). Oman haasteensa monialaiselle, yhteiselle asiakassuunnitelmalle luovat sosiaali- ja terveydenhuollon erilliset lainsäädännöt sekä tietosuoja-asiat ja näihin liittyen eri toimijoiden erilaiset ja rajoitetut oikeudet päästä tarkastelemaan ja muuttamaan asiakassuunnitelmien tietoja. Tällä hetkellä lainsäädäntö ei vielä mahdollista sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistävän suunnitelman sujuvaa käyttöä eikä käytettävissä ole sen edellyttämiä yhteisiä tietorakenteita.

Kriittisiä näkökulmia asiakaslähtöisyyteen

Hyvistä tavoitteistaan huolimatta asiakaslähtöisyys on hyvä altistaa myös kyseenalaistavalle kritiikille. Ammattilaisen roolin muuttuminen auktoriteetista vaikkapa valmentajaksi ja asiakkaan asema oman terveydentilansa parhaana asiantuntijana voivat sopia joihinkin tilanteisiin, mutta eivät kaikkiin. Esimerkiksi monisairaiden ihmisten kohdalla ’itsensä johtamisen’ periaate voi olla kohtuuton vaatimus (Hujala, Rijken, Laulainen, Taskinen & Rissanen 2014).

Palveluohjaaja on kohtuullisen uusi toimija sote-kentällä, ja työnimikkeen roolin on asiakas- ja palveluohjauksen uudistuessa kaavailtu entisestään kasvavan. Koordinaatiota tarvitaan, mutta vaarana voi olla, että tälle ’uudelle ammatille’ ollaan kasaamassa liiankin suuria

paineita. Jos monialainen yhteistyö eri toimijoiden välillä ei syystä tai toisesta suju, onko liiankin helppoa siirtää vastuu palvelujen koordinoinnista yhdelle tietylle toimijalle, jonka oletetaan onnistuvan toimimaan välittäjänä ja 'keräävän kaikki narut yhteen'. Vahva tukeutuminen erilliseen asiakas- ja palveluohjaukseen voi johtaa jopa asiakaslähtöisyyden vähenemiseen asiakkaan ja muiden toimijoiden välillä, jos hankalissa tilanteissa ammattilaisen on helpompi siirtää vastuu ongelmien ratkaisemisesta jollekin toiselle taholle, kuten palveluohjaajalle.

Asiakaslähtöisyys määritellään usein asiakkaan yksilöllisen huomioimisen ideaalina, jota voi kuitenkin olla vaikea toteuttaa käytännön työssä. Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamaan PROMEQ-hankkeeseen (2016–2019) liittyneessä pro gradu -tutkielmassa (Roivas 2019) analysoitiin sitä, mitä ja miten ikäihmisten palveluohjaajat itse puhuivat asiakaslähtöisyydestä. Tutkielma perustui PROMEQ-hankkeessa kerättyyn aineistoon ja sen tavoitteena oli selvittää, miten asiakaslähtöisyys rakentuu palveluohjaajien puheessa silloin, kun asiakkaina ovat ikäihmiset. Aineistona olivat palveluohjaajien fokusryhmähaastattelut. Aineisto analysoitiin diskurssianalyyttisesti aineistolähtöisellä, analyyttisellä ja kriittisellä otteella. (ks. tarkemmin Roivas 2019, 47–55.)

Kyseisen tutkimuksen (Roivas 2019) tuloksissa palveluohjaajien asiakaslähtöinen puhe tiivistyi kolmeen diskurssiin, jotka olivat kumppanuuden tavoittelu, niukkuuden jakaminen ja rutiineihin tukeutuminen. Kunkin diskurssin osalta määriteltiin puheen yleisluonne: mistä ja miten palveluohjaajat puhuivat, kun he puhuivat asiakaslähtöisyydestä ikäihmisen palveluohjauksen kontekstissa. Lisäksi analysoitiin, millaista identiteettiä kukin diskurssi rakensi palveluohjaajalle ja millaiseen positioon ikäihmiset tultiin määrittäneeksi.

Palveluohjaajien puheesta löytyi viittauksia asiakkaan ja palveluohjaajan kumppanuuteen, jota pidettiin ideaalisena asiakaslähtöisyytenä. Kumppanuus ikäihmisten palveluohjauksessa jäi kuiten-

kin ikään kuin tavoitteeksi, johon ei käytännössä koettu yllettävän. Kumppanuutta tavoittelevien palveluohjaajien identiteetti rakentui joustavaksi toimijaksi ja rinnalla kulkijaksi. Ikäihmiset nähtiin oman elämänsä asiantuntijoina ja tasavertaisina toimijoina. Ideaalina pidettyä kumppanuutta jouduttiin kuitenkin puolustelemaan suhteessa muihin diskursseihin, jotka liitettiin asiakaslähtöisyyteen. Kumppanuus oli jotakin, joka esitettiin konditionaalimuodossa – jota siis haluttaisiin, jos se vain olisi mahdollista niukkuuden jakamisen ja rutiinien ohella. Seuraavat aineisto-otteet ovat PROMEQ-tutkimuksen palveluohjaajien fokusryhmähaastatteluista (Roivas 2019, 67).

> ”...mutta sitten se että kun meillä jaetaan aina oikeesti sitä niukkuutta, että ne on niinku tosi vaikeita asioita ratkaista... ...tavallaan minä ainakin ite... ...mä haluaisin tietää niinku, tehä työtä myöskin semmosten ihmisten kanssa jotka ei oikeesti oo siellä että nyt tarvitaan, että on siellä aliravitsemustilassa ja, että haluaisin olla siinä koko sen ikäihmisen prosessin että, tavallaan siellä alkuvaiheessa ja siellä loppuvaiheessa että…” (H2 H)[2]

Toive mahdollisuudesta toimia toisin, olla asiakkaalle kumppani ja rinnalla kulkija, osoitettiin johdolle.

> ” Mutta minä en tiiä sitten, se pitäis varmaan linjata johdon kanssa että onko tarpeen että me ollaan viranomaisia ja ollaan, että on semmonen viilee linja, vai ollaanko niinku semmosia pehmeempiä, niinku rinnallakulkijoita että, kun joskus tulee semmonenkin että kumpaanko halutaan, mä en tiiä sitä sitten että, mikä se on...” (H4 H)

[2] Otteet haastatteluista on merkitty seuraavasti: H= haastateltava, numeroitu 1–5, kirjain tarkoittaa haastattelukertoja 1–8, jotka on merkitty kirjaimilla A–H. K= haastattelija, numeroitu 1–2. Merkintä... tarkoittaa, että haastatteluotteesta on jätetty osa pois. Merkintä (-) tarkoittaa taukoa puheessa. Merkintä [ep] epäselvää puhetta. (Roivas 2019)

Roivaksen (2019) mukaan huomionarvoista oli, että ideaalisuutensa lisäksi kumppanuuden tavoittelu oli verrattain heikko diskurssi kyseisessä aineistossa. Selkeästi voimakkain diskurssi olikin niukkuuden jakaminen, joka tuli esiin jo edellä esitetyissä aineisto-otteissa. Tässä diskurssissa asiakaslähtöisyys liitettiin kustannustehokkaaseen toimintaan, joka estää asiakaslähtöisyyden toteutumista. Niukkuuspuhetta kuvasti kustannuksiin liittyvä sanasto, kuten resurssit, mittarit, arviointi, määrärahat, kustannukset, kustannustehokkuus ja etuudet. Palveluohjaajat kokivat itsensä "kirstunvartijoiksi", joiden tärkein tehtävä oli palvelujen jakamisen säännöstely: kustannukset oli pidettävä kurissa (ks. Roivas 2019, 57–58.)

> "...kustannustehokkuus pitää koko ajan, kulkee niinku mukana, työssä..." (H2 B)
>
> "...meillä jaetaan aina oikeesti sitä niukkuutta..." (H2 H)
>
> "...kun meillä on kuitenkin rajalliset ne resurssit, niinku miettiä sitten että miten ne priorisoi. "(H1 D)

Sen sijaan, että ikäihminen olisi aidosti päässyt osallistumaan palvelutarpeen määrittelyyn ja hänen omat näkemyksensä palvelujen tarpeista olisi huomioitu, hänen osakseen jäi passiivisen tiedonantajan asema.

Palveluohjaajien tuottamaa niukkuuspuhetta tuki aineistossa vahvana diskurssina esiintynyt rutiineihin tukeutumisen puhe. Tässä diskurssissa asiakaslähtöisyys näyttäytyi rutiininomaisena ja liukuhihnamaisena standardisoituna työprosessina. Yksilöllisten tarpeiden määrittämisen ja toteuttamisen sijaan keskiössä oli yhdenmukainen, tasapäistävä toiminta. Palveluohjaajat määrittyivät rutiinipuheessa organisaation ja lainsäädännön ohjeita tiukasti noudattaviksi työntekijöiksi, jotka järjestävät palvelukokonaisuuksia juridisesti oikein ja liukuhihnamaisen rutiininomaisesti. Ikäihmisille tarjoutui joko sopeutujan tai palveluista kieltäytyjän rooli. Seuraa-

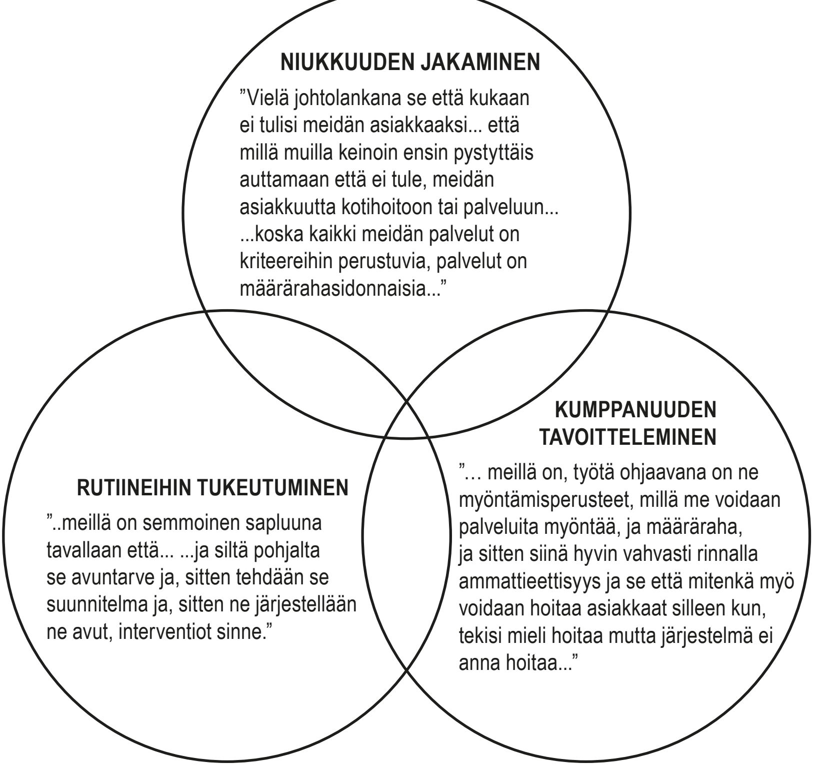
vassa on otteita palveluohjaajien tuottamasta rutiinipuheesta (Roivas 2019, 61).

> ”...niin meillä on ihan strukturoitu haastattelulomake mitä noudatetaan ja käydään läpi asiakkaan kanssa ne vakiokysymykset sekä sit testit, testipatteristo siihen perään sitten et vähän tilanteen mukaan et siellä on ne kellotaulut ja ne toimintakyvyn arvioinnit ja, alkoholi ja toi myöhäisiän depressioseula. Et ne on semmosia niinku vakioituja tapoja, kotona.” (H5 B)

> ”...et, paljon kyllä kriteerejä pitää niinku, eri tahojen, niin käydä läpi ja ihan siis lakia, jopa välillä että...” (H6 A)

> ”Niin meil on ne tietyt fraasit... minkä mukaan me kirjotetaan se kartotus sinne sitten, et se ohjaa sitä.” (H3 C)

Kuviossa 2 on tiivistetty palveluohjaajien asiakaslähtöisyyden diskurssit tutkimusaineistosta valikoitujen esimerkkiotteiden avulla. Palveluohjaajien puheessa tuotettu käytännön todellisuus eroaa ainakin tämän PROMEQ-hankkeeseen perustuvan tutkimuksen (Roivas 2019) perusteella merkittävästi asiakaslähtöisyyden ideologiasta. Resurssien niukkuus esitetään itsestään selvänä ja vaihtoehdottomana totuutena, jota rutiinimainen toiminta vahvistaa. Kumppanuudelle ei jää sijaa: ikäihmiset jäivät passiivisiksi toimijoiksi, joiden oma ääni jää kuulematta, kuten on todettu useassa aiemmassakin tutkimuksessa (Valokivi 2008; Järnström 2011; Pluut 2016). Asiakaslähtöisyyttä voidaan pitää laajana eettisenä kysymyksenä, joka vaatii moniäänistä yhteiskunnallista keskustelua ja pohdintaa siitä, kenen arvoja ja etuja asiakaslähtöisyydellä lopulta tavoitellaan.



Kuvio 2. Palveluohjaajien asiakaslähtöisyysdiskurssien keskeiset sanomat (Roivas 2019, 80)

Asiakaslähtöisyyden lisäksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä asiakassuunnitelmaa kannattaa tarkastella avoimen kriittisesti. Paljon eri tahoilta erilaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla haastavan tilanteen yksinkertaistaminen yhdeksi suunnitelmaksi ei välttämättä onnistu, etenkin kun esimerkiksi monisairailla ihmisillä hoidon tarpeet voivat vaihdella nopeastikin. Asiakassuunnitelmaa kehitettäessä on tärkeä tiedostaa, että se on paitsi asiakkaan palvelujen kartta ja navigaattori myös tärkeä väline laajemminkin asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksessa. Suunnitelman muoto

ohjaa osaltaan ammattilaisen suhtautumista ja käyttäytymistä. Jos suunnitelma on ”ohje” tai ”määräys”, se johtaa tietynlaiseen vuorovaikutukseen; ”sopimus” puolestaan ohjaa toisenlaiseen. Omahoidon ja asiakkaan oman vastuun korostaminen muuttaa ammattilaista yhä enemmän koordinaattoriksi tai valmentajaksi. Suunnitelma kertoo myös siitä, mikä on asiakkaan asema vuorovaikutuksen toisena osapuolena. On hyvä muistaa, että kaikki ihmiset eivät elämäntilanteensa ja terveydentilansa takia ole samalla viivalla toteuttamaan tai edes ilmaisemaan omia tarpeitaan ja tavoitteitaan. ’Potilaan’ muuttuminen ’asiakkaaksi’ voikin siten olla muutos, jota pitää joissakin tapauksissa uskaltaa myös kyseenalaistaa.

Yhteenveto

Asiakas- ja palveluohjaus on ollut ja on edelleen keskeisessä osassa suunniteltujen laajempien sote-alueiden palveluiden integroinnissa ja koordinoimisessa (STM 2020, 19; ks. myös esim. PAKU 2020). Näissä suunnitelmissa asiakas- ja palveluohjausmallien on nähty ratkaisevan sekä järjestelmätason palveluiden organisoinnin kysymyksiä että asiakasprosessien sujuvuutta. Lisäksi palveluohjaus on osana laajempia asiakas- ja palveluohjauksen kehittämisen suunnitelmia yksi asiakaslähtöisyyden edistämisen muoto, johon uskotaan tällä hetkellä vahvasti.

Asiakaslähtöinen palveluohjaus on parhaimmillaan sitä, että asiakas kokee olevansa ymmärretty ja hyväksytty. Työntekijän näkökulmasta tämä saavutetaan Kiikkalaa (2000) mukaillen ensinnäkin kiinnittämällä huomiota siihen, millaiset arvot työtä ja toimintaa ohjaavat. Toiseksi palveluohjausta ei voi tehdä liukuhihnatyönä, vaan näkemys asiakkaasta tulisi muodostaa yksilöllisesti ja tilanteisesti. Tämän lisäksi työskentelyssä tulisi huomioida se, että erilaiset toimintakyvyn ja hyvinvoinnin mittarit toimivat palveluohjauksen työvälineinä, mutta ne eivät saisi määrittää asiakkaan kohtaamista. Sen sijaan palveluohjauksen ja yksittäisen kohtaamisenkin etenemisen

pitäisi pohjautua asiakkaan esille tuomiin näkemyksiin ja tarpeisiin. Palveluohjaaja tarvitseekin monenlaisia kohtaamisen, vuorovaikutuksen ja muun ammatillisen osaamisen taitoja pystyäkseen toteuttamaan aitoa asiakaslähtöisyyttä. (ks. Kiikkala 2000.)

Osana uudistuvaa sosiaali- ja terveysalaa asiakaslähtöinen palveluohjaus on keskeisessä roolissa toimivien ja vaikuttavien palveluprosessien toteutumisen kannalta. Asiakaslähtöisesti toteutettu palvelutarpeen arviointi ja sen pohjalta laadittu asiakassuunnitelma ovat hyvä lähtökohta sille, että asiakkaan asema vahvistuu. Palveluohjauksen vaikutuksien arvioinnin on käytännön työssä havaittu toteutuvan heikosti (You, Dunt & Doyle 2016), vaikka sen tulisi kuulua olennaisena osana palveluohjausprosessiin. Jatkossa tulisikin kiinnittää huomiota siihen, miten palveluohjauksen ja toteutuneen asiakassuunnitelman tuloksia voidaan arvioida yksittäisen asiakkaan kohdalla – aidon asiakaslähtöisyyden periaatteet huomioiden.

Lähteet

Ala-Nikkola Merja & Valokivi Heli 1997. *Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä*. Stakes, Raportteja 25, Helsinki.

Black Kathy & Fauske Janice 2007. Exploring influences on community-based case managers´ advance care planning practices: facilitators or barriers? *Home Health Care Services Quarterly* 26(2), 41–58.

Blundo Robert & Simon Joel K. 2016. *Solution-focused case management.* Springer publishing company, New York.

Honkakoski Arja, Kinnunen Petri, Vuorijärvi Petri & Raappana Mervi 2015. *Palveluohjaus – avain asiakastyöhön ja palveluhallintoon*. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 39/2015. http://www.sosiaalikollega.fi/poske/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu_39_palveluohjaus

Hujala Anneli & Lammintakanen Johanna 2018. *Paljon sote-palveluja tarvitsevat asiakkaat keskiöön*. Onnistu sote-integraatiossa -tutkimushankkeen raportti. https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon.pdf

Hujala Anneli, Rijken Mieke, Laulainen Sanna, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2014. People with Multimorbidity: Forgotten Outsiders or Dynamic Self-managers? *Journal of Health Organization and Management* 28, 696–712.

Hänninen Kaija 2007. *Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin*. Stakesin raportteja 20. Stakes, Helsinki.

Järnström Sanna 2011. *En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö 1097. Tampereen yliopisto, Tampere.

Kehusmaa Sari, Alastalo Hanna, Marjeta Noora & Mielikäinen Lasse 2018. Asiakasohjaus päättää tulevaisuudessa iäkkään palveluista – työntekijöiden koulutusta pitää lisätä. Tutkimuksesta tiiviisti. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisu marraskuu 2018. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-217-8

Kettunen Marjut (toim.) 2018. *IkäOpastin asiakasohjaus Kymenlaaksossa. Periaatteet ja toimintamalli.* Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kiikkala Irma 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nuoko-Juvonen Sanna, Ruotsalainen Pekka & Kiikkala Irma (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 112–120.

Kivinen Tuula, Vanjusov Heidi & Vornanen Riitta 2020. Asiakkaan ääni: osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 267–293.

Koivunen Kirsi 2017. *Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa.* ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6. http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8

Kompassi 2018. Ikäihmisten keskitetty asiakasneuvonta ja -palveluohjaus sekä palvelutarpeen arviointi Varsinais-Suomessa. Varsinais-Suomen keskitetty asiakas- ja palveluohjaushanke. https://www.asiakasneuvonta.fi/sites/default/files/2019-06/KomPAssi_K%C3%A4sikirja%2015.11.2018.pdf

L785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.* https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

L812/2000. *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812

L1326/2010. *Terveydenhuoltolaki.* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

L1301/2014. *Sosiaalihuoltolaki.* https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301

Mäki-Hallila Essi, Laine Tarja, Ollinpoika Mari, Saloranta Pirjo, Luosmala Marika, Hakkarainen Katja, Ahonen Anne-Mari, Kallio Anu, Tupala Teemu, Nikoskinen Tuomas, Kaarnasaari Anne & Päivärinta Eeva 2018. *Ikäneuvo – loppuraportti Pirkanmaalle.* https://www.tampere.fi/tiedostot/i/spGdN9JGF/ikaneuvo_loppuraportti_pirkanmaalle.pdf

Mönkkönen Kaarina 2018. *Vuorovaikutus asiakastyössä.* Gaudeamus, Helsinki.

Närhi Kati, Rissanen Sari, Tiilikainen Elisa, Kannasoja Sirpa & Ristolainen Hanna 2019. *Ikäihmisten yksinäisyyttä voi vähentää – palveluohjauksen käytäntöjä uudistettava.* Politiikkasuositus, PROMEQ-hanke. https://sites.uef.fi/vaikuttavuuden-talo/julkaisut/

Oksman Erja 2017. *Parempi Arki -hankkeen loppuraportti.* https://innokyla.fi/sites/default/files/2020-11/parempi_arki_loppuraportti.pdf

Olaison Anna 2017. Processing older persons as clients in elderly care: A study of the micro-processes of care management practice. *Social Work in Health Care* 56(2), 78–98.

Onnismaa Jussi, Pasanen Heikki & Spangar Timo 2002. *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus.* PS-kustannus, Jyväskylä.

PAKU 2020. Palvelupolut kuntoon -kehittämishanke (2018–2021). http://koskeverkko.fi/hankkeet/muita-hankkeita/palvelupolut-kuntoon/

Payne Malcolm 2000. The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare* 9(2), 82–91.

Pluut Bettine 2016. Differences the matters: developing critical insights discources of patient-centeredness. *Medicine, Health Care and Philosophy* 19, 501–515.

Raitakari Suvi, Juhila Kirsi, Günther Kirsi, Kulmala Anna & Saario Sirpa 2012. Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anttonen Anneli, Haveri Arto, Lehto Juhani & Palukka Hannele (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla Julkisen palvelun muutos.* Tampere University Press, Tampere, 47–80.

Ranta Tommi, Laasonen Valtteri, Manu Samuli, Leskelä Riikka-Leena, Rissanen Antti, Uusikylä Petri & Tala Jyrki 2019. Maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelun tuki. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:29. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-732-1

Ristolainen Hanna, Tiilikainen Elisa & Rissanen Sari 2018. Kotona asuvien ikäihmisten palveluohjauksen vaikuttavuus – kuvaileva kirjallisuuskatsaus. *Gerontologia* 32(4), 235–257.

Roivas Päivi 2019. *Asiakaslähtöisyyden diskursiivinen rakentuminen ikäihmisten palveluohjauksessa.* Sosiaalihallintotieteen pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Scholl Isabelle, Zill Jördis M., Härter Martin & Dirmaier Jörg 2014. An Integrative Model of Patient-Centredness—A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE* 9: e107828.

Sidani Soraya & Fox Mary 2014. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional care* 28(2), 134–141.

STM 2016. *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016–2018.* Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:32. Helsinki.

STM 2020. *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022. Ohjelma ja hankeopas.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. Helsinki.

Suominen Sauli & Tuominen Merja 2007. *Palveluohjaus – portti itsenäiseen elämään.* Profami Oy, Helsinki.

Taskinen Helena & Hujala Anneli 2020. Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 47–75.

Valokivi Heli 2008. *Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista.* Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Acta Electronica Universitatis Tamperensis 684. Tampereen yliopisto, Tampere.

Van der Heide Iris, Snoeijs Sanne, Quattrini Sabrina, Struckmann Verena, Hujala Anneli, Schellevis François & Rijken Mieke 2018. *Patient-centredness of integrated care programmes for people with*

multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. Health Policy 122, 36–43.

Weil Mare & Karls James M. 1985. *Case Management in human service practice.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1–28.

WHO World Health Organization 2016. *Framework on Integrated, People-Centered Health Services.* Report by the Secretariat. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

You Emily, Dunt David & Doyle Colleen 2016. How do case managers spend time on their functions and activities? *BMC Health Services*, 16, 112.

Asiakkaan ääni
– osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuudet

Tuula Kivinen, Heidi Vanjusov & Riitta Vornanen

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tarvetta perustellaan palvelujen saatavuuden parantamisella sekä asiakaslähtöisyyden ja asiakkaiden osallisuuden vahvistamisella. Osallisuuden korostaminen on ollut keskiössä jo useiden hallitusten ohjelmissa, erilaisissa kansallisissa suosituksissa (esim. Ikäihmisten palvelujen ja lastensuojelun laatusuositukset) ja kehittämishankkeissa (esim. Kaste-ohjelma, LAPE-hanke, Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli). Myös Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2014 tekemässä tulevaisuuskatsauksessa ja Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategiassa osallisuus tuodaan esille hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ohella tärkeänä tekijä-

Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (2020).
Tampere: Tampere University Press, 267–293.
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9

nä tulevaisuuden hyvinvointiyhteiskunnassa. Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen on myös kansainvälisesti näkyvä suuntaus sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä (esim. WHO 2016).

Kansalaisten, kuntalaisten ja sote-palvelujen asiakkaiden osallistuminen ja vaikuttaminen ovat osa olemassa olevaa lainsäädäntöä ja demokratiaan perustuvaa kansalaislähtöisyyttä. Vaikka osallisuutta korostetaan retorisesti poliittisissa puheissa, ohjelmissa ja hankkeissa, kunnissa on perustettu vanhus- ja nuorisoneuvostoja, organisaatioissa aloittanut asiakasraateja ja erilaisissa hankkeissa ollut mukana kokemusasiantuntijoita, asiakkaan ääni kuuluu sosiaali- ja terveyspalveluissa edelleen vähäisesti. Tässä luvussa tarkastelemme asiakkaiden äänen kuulumista ja vaikutusmahdollisuuksia osallisuuden näkökulmasta: mitä osallisuudella tarkoitetaan ja miten sitä voidaan jäsentää, mikä on asiakkaan asema ja mitkä ovat hänen oikeutensa lainsäädännön näkökulmasta sekä mitä osallisuus edellyttää ja millaisia esteitä sen toteutumiselle on.

Mitä osallisuudella tarkoitetaan?

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa käsittelevissä ohjeistuksissa, lainsäädännössä ja kirjoituksissa käytetään asiakkaasta useita erilaisia käsitteitä. Näitä ovat asiakkaan (*client, customer*) lisäksi palvelujen käyttäjä, potilas, asianomainen, yhteistyötaho, sidosryhmään kuuluva, kuntalainen tai kansalainen. Sen lisäksi, että käsitteet kuvaavat sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaisuutta ne myös heijastavat erilaisia näkökulmia osallisuuteen. Perinteisesti terveydenhuollossa käytettyyn potilaan käsitteeseen liittyy ajatus hoidon kohteena olemisesta. Nykyisin lisääntyvästi käytettävät käsitteet asiakas ja kuluttaja kuvaavat aktiivisempaa ja tiedostavampaa roolia liittyen markkinalähtöisempään palvelujärjestelmään. Kuntalainen tai kansalainen taas korostavat Suomen kansalaisten ja muiden täällä asuvien oikeutta sosiaaliturvaan ja palveluihin, sillä palvelujen saatavuus on yhteydessä asumispaikkaan. Asiakasajattelu vaikuttaa osallisuu-

teen liittyviin odotuksiin sekä mahdollisuuksiin. (Niiranen 2002; Valkama 2009; Valkama 2012; Leemann & Hämäläinen 2016.) Tässä artikkelissa käytämme käsitettä ”asiakas” ja tarkoitamme sillä sekä palvelujen käyttäjiä että niihin oikeutettuja henkilöitä (kuntalainen, kansalainen).

Osallisuus-käsitteen käyttö on epäyhtenäistä (Nivala & Ryynänen 2013; Isola, Kaartinen, Leemann, Lääperi, Schneider Valtari & Keto-Tokoi 2017; Sihvo, Isola, Kivipelto, Linnanmäki, Lyytikäinen & Sainio 2018) ja eri tieteenalojen ja käytännön toimijoiden mukaan vaihtelevaa. Usein osallistuminen (*participation*) ja osallisuus (*involvement*) käsitteitä käytetään samaa tarkoittavina. Käsitteet on kuitenkin syytä erottaa toisistaan. Osallistuminen voi tarkoittaa vain mukana olemista esimerkiksi toisten suunnittelemassa ja toteuttamassa tilanteessa ilman omaa toimintaa. Elina Nivalan ja Sanna Ryynäsen (2013, 32–35) mukaan osallistuminen voi olla tavoite ja toiminnan muoto, jolloin sillä pyritään edistämään osallisuutta. Osallistuminen ei siis välttämättä tarkoita osallisuutta, mutta osallisuuden kokemukset syntyvät osallistumisen avulla (Leemann & Hämäläinen 2015).

Osallisuus on monitahoinen ja abstrakti käsite ja sen käytössä on muoti-ilmiön piirteitä. Osallisuus syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta. Se on ennakoivaa, tulevaisuuteen katsovaa ja kokonaisuuksia kattavaa. (Sirviö 2010; Kettunen & Kivinen 2012). Osallisuus sisältää olettamuksia kuulluksi tulemisesta (vuorovaikutusta) ja mielipiteen ilmaisusta (oikeuksista), vaikuttamisen mahdollisuuksista (valtaa), yhteisöön ja yhteiskuntaan kuulumisesta ja toiminnasta. Toisaalta osallisuus myös olettaa sitoutumista ja velvollisuuksia ja edellyttää vastuun ottamista seurauksista. (Beresford 2012.) Osallisuuden kokemus on subjektiivinen, vahvasti tunneperäinen ja tilannesidonnainen. Se ei kuitenkaan synny ilman ryhmää tai yhteisöä. Näin ollen eri asiakkailla voi olla samasta tilanteesta kovin erilainen kokemus riippuen esimerkiksi siitä, kuinka merkityksellinen asia tai tilanne hänelle on. Tästä syystä asiakkaan osallisuuden

kokemusta on vaikea mitata ja arvioida. (Hanhivaara 2006; Leemann & Hämäläinen 2016.)

Osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluissa on myös monitasoinen ilmiö. Sitä voidaan tarkastella kolmella eri tasolla: 1) yhteiskunnan tasolla (politiikka), 2) palvelujärjestelmän tasolla (sote-organisaatiot/palvelut) ja 3) asiakkaan palvelutapahtuman (asiakkaan kohtaaminen) tasolla (Clark, Davis, Fisher, Glynn & Jefferies 2008; Oranen 2013; Ocloo & Matthews 2016, vrt. Niiranen 2002; Leemann & Hämäläinen 2016). Yhteiskunnan tasolla se tarkoittaa muun muassa kansalaisten mukanaoloa lainsäädännön valmistelussa, sosiaali- ja terveyspolitiikan muotoilussa, kuntasuunnittelussa tai kansallisten hoitosuositusten laadinnassa ja arvioinnissa. Tämä tapahtuu pääosin edustuksellisen demokratian ja poliittisen päätöksenteon tai esimerkiksi erilaisten ammatti- tai asiakasjärjestöjen kautta. Yhteiskunnallisen tason tarkastelussa osallisuudessa korostuvat asiakkaat kansalaisina ja heidän oikeuksiensa sekä mahdollisuuksiensa tasa-arvo. Yhteiskunnallisen tason osallisuus palveluissa tarkoittaa palvelujen saatavuutta ja kattavuutta. Osallisuus on lähtökohtaisesti oikeutta palveluihin, mutta se ei vielä takaa palvelujen yhdenvertaista toteutumista. Osallisuuden toteutumiseen vaikuttavat esimerkiksi väestöryhmien väliset hyvinvointi- ja terveyserot.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja organisaatioiden tasolla osallisuudessa korostuu asiakkaiden rooli palvelujen käyttäjinä ja vaikuttajina palvelujen kehittämisessä ja arvioinnissa yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Tästä esimerkkejä ovat asiakasraadit ja kokemusasiantuntijatoiminta (McLaughlin 2009). Yksilötasolla asiakas on asianosaisena omassa asiassaan ja tuolloin osallisuus ilmenee muun muassa toimivana vuorovaikutuksena, mahdollisuutena osallistua oman hoito- ja palvelutapahtuman suunnitteluun ja päätöksentekoon (ks. myös Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020 tässä julkaisussa). Tällöin osallisuudessa korostuu asiakkaiden aktiivinen rooli toimijoina, yhteistyökumppaneina ja kuluttajina (esim. Toiviainen 2011).

Osallisuuden mallit

Osallisuuden kokonaisuutta on jäsennetty erilaisten mallien avulla. Käytetyimpiä ovat hierakkiset mallit ja ulottuvuusmallit. Klassikkomallina ja useiden muiden mallien lähtökohtana pidetään Sherry R. Armsteinin (1969) kehittämää tikapuumallia, jossa yksilön valta kasvaa portaita ylöspäin mentäessä. Mallissa on kahdeksan porrasta ja kahdella alimmalla portaalla (manipulaatio ja terapia) ei ilmene osallisuutta lainkaan. Seuraavilla kolmella portaalla (tiedonsaanti, konsultaatio, yhteissuunnittelu) kansalaisen mielipiteitä kuullaan, mutta hänellä ei ole päätösvaltaa. Kolmella ylimmällä portaalla (kumppanuus, delegoitu toimivalta ja kansalaisvalvonta) kansalaisella on itsenäistä päätös- ja toimintavaltaa.

Hierarkkisia porrasmalleja ovat esittäneet muun muassa Roger Hart (2007), Harry Shier (2001) ja Suomessa Liisa Horelli (1994). Näitä malleja on hyödynnetty erityisesti lasten osallisuuden tarkastelussa. Malleissa lapsen osallisuus lisääntyy lapsen kompetenssin myötä. Lasten osallisuuden mahdollistamisessa ja oikeuksien huomioinnissa aikuisilla on merkittävä rooli (Pajulammi 2014). Hierarkkisia malleja edustaa myös Marion Clarkin tutkijaryhmän (2008) esittämä viisitasoinen malli. Ensimmäisellä tasolla osallisuutta ei ole lainkaan. Toisella rajoitetun osallisuuden tasolla palvelujen käyttäjät saavat rajoitetusti tietoa ja heiltä kysytään palautetta satunnaisesti. He kuitenkin voivat usein osallistua esimerkiksi oman palvelusuunnitelman laatimiseen. Kolmannella kasvavan osallisuuden tasolla käyttäjien mielipiteitä kuunnellaan ja asiakaspalautetta hyödynnetään päätöksenteossa ja palvelujen kehittämisessä. Yhteistoiminnan tasolla palveluja tuottava organisaatio edellisen lisäksi kehittää tietoisesti asiakkaiden aktiivista osallisuutta. Korkein osallisuuden taso on kumppanuus ja tällöin palvelujen käyttäjät ja tuottajat työskentelevät yhdessä kaikilla palvelun alueilla. Yhteistoiminnassa ja yhteistyössä sekä asiakkaat että ammattilaiset voivat tuoda esiin omia käsityksiään ja neuvotella.

Tällöin ilmenee myös vastavuoroisuutta, joka puolestaan mahdollistaa osallisuuden toteutumista. (Mönkkönen 2001.)

Armsteinin tikapuumallia ja muita hierakkisia malleja on kritisoitu siitä, että ne keskittyvät kuvaamaan yksilön valtaa päätöksenteossa eivätkä huomioi osallisuutta moniulotteisena ja vuorovaikutuksellisena yhteistyönä. Ne eivät juurikaan tarkastele osallisuuden ja osallistumisen välisiä eroja. Lisäksi ne voivat johtaa ajatukseen, että tavoitellaan aina korkeinta mahdollista osallisuuden muotoa. (Laitila 2010; Beresford 2012; Nivala & Ryynänen 2013.)

Osallisuuden ulottuvuusmallit ovat toinen tapa jäsentää osallisuuden kokonaisuutta. Esimerkiksi ministeriöiden ja Kuntaliiton yhteisesti toteuttamassa osallisuushankkeessa kuntalaisten osallisuus kunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujen käytössä jaettiin neljään ulottuvuuteen: 1) tieto-osallisuus, 2) suunnitteluosallisuus, 3) päätösosallisuus ja 4) toimintaosallisuus (Kononen & Tiara 2002; myös Sihvo ym. 2018). Tieto-osallisuus tarkoittaa palveluista tiedottamista ymmärrettävässä muodossa ja siten, että tietoa on helposti saatavilla. Sote-palvelujärjestelmän pirstaleisuus edellyttää vahvaa panostamista tiedottamiseen sekä perinteisiä (esim. lehdet) kanavia että uudempia tapoja (esim. sosiaalinen media) hyödyntäen. Asiakkailla on myös oikeus tulla kuulluksi ja tarvittaessa tehdä valituksia. Tieto-osallisuuteen sisältyvät myös asiakaskyselyt ja niihin vastaaminen. Tieto-osallisuuden toteutumista sote-palveluissa voidaan edistää esimerkiksi palveluohjauksen, puhelinpalveluiden, tulkkauksen tai www-sivujen avulla. Tieto-osallisuus on edellytys muille osallisuuden muodoille.

Suunnitteluosallisuuden toteutuminen edellyttää kuntalaisen ja asiakkaan tiedonsaantia suunnitelmista ja meneillään olevista hankkeista sekä mahdollisuutta osallistua suunnitteluprosesseihin. Palvelujen tuottajille tämä tarkoittaa sellaisten toimintamallien olemassaoloa, joissa asiakkaiden asiantuntemus hyväksytään ja vuorovaikutus mahdollistetaan. Päätösosallisuus tarkoittaa päätösvallan ja vastuun jakamista kuntalaisille ja asiakkaille myös palvelujen tuottamisessa.

Se edellyttää toisaalta mahdollistavia hallinnollisia rakenteita ja toisaalta luottamusta. Asiakkaille on myös tarjottava tukea päätöksentekoon, mikäli he sitä tarvitsevat.

Toimintaosallisuus tarkoittaa sitä, että kuntalaisilla ja asiakkailla on mahdollisuus toimia omassa elinympäristössään. Tähän liittyy vahva sosiaalinen näkökulma, sillä yksilö määrittää itseään sosiaalisissa suhteissaan ja tulee kokonaiseksi niiden kautta. Toimintaosallisuus edellyttää todellisten toimintamahdollisuuksien luomista ja esteettömyyttä, kuten mahdollisuutta osallistua asiakaspäivään. Osallisuustunteen kokeminen tehdään mahdolliseksi toiminnassa yhdessä muiden kanssa osallistumisen ja olemisen lisäksi.

Myös Nigel Thomas (2002) on esittänyt osallisuuden jaottelun ulottuvuuksina. Hän on tarkastellut asiakkaan subjektiivista kokemusta osallisuudesta ottaen huomioon sen, että asiakas (mm. lapset, vanhukset) voi tarvita toisen henkilön tukea osallisuuden saavuttamiseen. Thomasin esittämät kuusi ulottuvuutta mahdollistavat osallisuuden kokemuksen palvelutapahtumassa asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutussuhteessa. Ensimmäinen ulottuvuus kuvaa mahdollisuutta valita osallistuuko vai ei. Kieltäytyminen osallistumisesta on siis yksi osallisuuden muoto. Toinen ulottuvuus kuvaa tiedon saannin riittävyyttä omasta tilanteesta, prosessista ja oikeuksista. Kolmas ulottuvuus kuvaa asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa prosessiin, neljäs mahdollisuutta ilmaista itseään ja esittää mielipiteitään ja viides mahdollisuutta saada tähän tarvitsemaansa tukea. Kuudes ulottuvuus kuvaa asiakkaan mahdollisuutta tehdä itsenäisiä päätöksiä.

Janet Warren (2007) on esittänyt osallisuuden holistisen mallin, jossa on neljä ulottuvuutta. Mallissa osallisuuden ulottuvuudet ovat keskenään samanarvoisia, lomittuneita ja toisiaan täydentäviä. Osallisuus ilmenee osallistumisena, voimaantumisena, informaationa ja konsultaationa. Yksilö tai perhe on mallin keskiössä ja hän käyttää kulloinkin tilanteeseen sopivaa osallisuuden muotoa. Informaatio-osallisuus tarkoittaa muun muassa tiedottamista, ja tiedon

saantia, kuulluksi tulemista ja esimerkiksi vertaistoimijana tai kokemusasiantuntijana toimimista. Osallistuminen osallisuuden muotona on yhteistyötä, vuorovaikutusta, kumppanuutta ja osallistumista palvelujen kehittämiseen. Konsultaatio osallisuuden muotona kuvaa yksilön näkemysten ja aloitteiden kuulemista ja huomioimista esimerkiksi palvelujen arviointia ja asiakasfoorumeissa toimimista. Voimaantumisessa korostuu osallisuus itseä tai palveluja koskevaan päätöksentekoon tai toisaalta esimerkiksi vertaistukena toimimista.

Edellä kuvattujen osallisuuden mallien lisäksi kirjallisuudessa esitetään myös muita osallisuuden kokonaisuutta kuvaavia jaotteluja. Näillä erilaisilla malleilla pyritään monimuotoisen asian jäsentämiseen ja ymmärtämiseen. Malleissa on sekä yhtäläisyyksiä että eroja johtuen osittain siitä, että ne painottuvat eri tasojen tarkasteluun ja niitä on kehitetty erilaisissa palveluissa. Tieto-osallisuus on kuitenkin kaikille malleille yhteistä ja edellytys muulle osallisuudelle. Olennaista on, että sote-organisaatiot ja niissä toimivat ammattilaiset tunnistaisivat osallisuuden monimuotoisuuden ja mahdollisuudet, jotta asiakkaan osallisuus toteutuisi eri tasoilla ja tilanteissa.

Osallisuus oikeutena ja velvollisuutena

Asiakkaiden asemaa ja oikeuksia käsitellään useissa eri laeissa (perustuslaki, kuntalaki, hallintolaki) ja erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvissa sosiaalihuoltolaissa ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Asiakkaan asema näyttäytyy ja määrittyy lainsäädännössä eri tavoin erilaisissa palvelumuodoissa ja erilaisten asiakkaaseen liittyvien tekijöiden mukaan (esim. ikä, vamma) vaihdellen.

Perusoikeussääntelyyn osallisuus kytkeytyy perustuslain (731/1999, PL) 14 §:n kautta. PL 14.4 §:ssä velvoitetaan julkista valtaa varmistamaan, että luodaan ja ylläpidetään sellaisia osallistumisjärjestelmiä, jotka luovat yksilölle mahdollisuuksia. Lasten osalta perustuslain 6.3 §:ssä on erityismaininta, että lapsilla on oikeus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystasoaan vastaavalla tavalla. Vaikka

PL 14 §:ssä säädetyn perusoikeuden pääpaino on vaalioikeuksissa ja kansalaisen osallistumisoikeuksissa, pykälän neljäs momentti laajentaa osallistumisoikeuksien soveltamisalaa velvoittamalla julkista valtaa luomaan osallistumisjärjestelmiä esimerkiksi laitoksiin tai julkisten palveluiden käyttäjille. Sosiaalioikeudellisen sääntelyn osallistumisoikeuksien voidaankin katsoa olevan nimenomaan PL 14.4 §:än palautuvia. (Tuori 2019.)

Osallisuudelle ei ole olemassa yhtä vakiintunutta oikeudellista määritelmää ja se saa erilaisia muotoja ja merkityksiä erilaisissa sääntelykonteksteissa. Osallisuudella tarkoitetaan yleisesti ottaen vaikutusmahdollisuuksien varaamista yksilölle oman asiansa hoitamisessa. Osallisuutta on vaikea määritellä tyhjentävästi, mutta se voi olla esimerkiksi eräänlaista kykyä sosiaaliseen toimijuuteen ja integraatioon (Koivisto 2018, 637–638). Kuviossa 1 esitetään, miten osallisuus näkyy keskeisessä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevassa sääntelyssä. Sosiaalihuollon erityislainsäädännössä löytyy eri asiakasryhmien, kuten lasten, vammaisten ja vanhusten osallisuuden mahdollistamiseen liittyviä juridisia velvoitteita. Osallisuus ei ole tässä sääntelyssä yksiselitteisesti määrittyvää tai samansisältöistä ja se kytkeytyy usein voimakkaasti asiakaslähtöisyyteen tai itsemääräämisoikeuteen. Osallisuus kytkeytyy menettelysäännöksiin, joissa korostetaan esimerkiksi sitä, että asiakkaan tulee saada olla osallinen asiakassuunnitelman laatimisessa (sosiaalihuoltolaki 1301/2014 39.1 §). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa menettelysääntelyä tulee paljon myös hallintolaista (L434/2003). Säännellyt hyvän hallinnon periaatteet ovat erityisen tärkeitä hallinnossa asioivan yksilön oikeuksien kuten osallisuuden toteutumisen kannalta.

Potilaslaki	• Osallisuus omassa hoidossa
Terveydenhuoltolaki	• Asiakaskeskeisyys, mutta ei varsinaista osallisuutta erikseen mainittuna
Asiakaslaki	• Turvattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa sisältöön
Sosiaalihuoltolaki	• Mahdollisuus osallistua palveluprosessiin ja palvelujen kehittämiseen
Erityislait	• Mainintoja eritasoisesta asiakaskeskeisyydestä ja osallisuusmahdollisuuksista

Kuvio 1. Osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluja koskevassa sääntelyssä

Osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluja koskevassa sääntelyssä ei välttämättä ole aidosti täysin itsemääräämisoikeuden piirissä, sillä osallisuus ei välttämättä ole vapaaehtoista, vaan saadakseen tarvitsemansa ja haluamansa etuuden asiakkaan on osallistuttava. Perusoikeustasolla osallisuudella on vahva kytkös yksilön itsemääräämisoikeuteen, eikä itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta oikeudellisesti välttämättä voida erottaa täysin toisistaan tai sanoa kumpi sisältyy kumpaan: onko osallisuus osa itsemääräämisoikeutta vai toisinpäin.

Osallisuutta voidaan tarkastella implisiittisenä perusoikeutena, kuten Pauli Rautiainen ja Riku Neuvonen (2015, 34–35) tekevät itsemääräämisoikeuden kohdalla. Implisiittisellä perusoikeudella viitataan sellaiseen perusoikeuteen, joka ei ole löydettävissä suoraan PL:n 2. luvun perusoikeusluettelosta, vaan muodostuu muiden perusoikeuksien kautta ja on tavallaan ripoteltuna muihin perusoikeuksiin. Perinteisesti itsemääräämisoikeuden on katsottu muodostuvan PL 7 §:n henkilökohtaisesta vapaudesta ja PL 10 §:n yksityiselämän suojasta. Rautiainen ja Neuvonen (2015) tulkitsevat laajemmin itsemääräämisoikeuden lymyilevän myös kaikissa muissa perusoikeuksissa, jotka antavat yksilölle vapauden omakohtaiseen harkintaan vapausoikeuksiensa käytössä. Osallisuuden voisi katsoa olevan jopa tätä

implisiittisempi lymyillessään toisen implisiittisen perusoikeuden eli itsemääräämisoikeuden takana.

Osallisuus on helppo nähdä osana itsemääräämisoikeutta ja yksilön vapautta suhteessa julkisen valtaan silloin, kun yksilöllä on aito mahdollisuus käyttää osallisuutta passiivisella tavalla eli olla osallistumatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa osallisuus kuitenkin näyttäytyy myös toisenlaisessa valossa. Asiakkaalta odotetaan ja suorastaan edellytetään osallisuutta ja asiakasta osallistetaan. Tällöin osallisuus ei välttämättä sisällä itsemääräämisoikeutta liberaalisessa merkityksessään. Varsinaisten itsemääräämisoikeutta vahvistavien lakien ohella moniin lakeihin on tullut enenevästi osallisuutta koskevia painotuksia. Vaikka osallisuus ja osallistaminen nähdään pitkälti positiivisina ilmiöinä, ne sisältävät hallinnan elementin omaten mahdollisuuden hienovaraiseen julkisen vallan käyttöön (Koivisto 2018, 637–639). Osallistamalla asetetaan asiakkaalle vaatimuksia ja sitä kautta viime kädessä osallistetaan yksilö olemaan osa julkisen vallan hallintakoneiston mukaista tavoiteltavan normaaliuden ihannetta.

Juha Lavapuron (2010) mukaan suomalaiseen valtiosääntöoikeusajatteluun kuuluu, että perusoikeudet nähdään alisteisena lainsäätäjän valitsemille päämäärille, joita katsotaan tarpeelliseksi edistää poliittisista tai muista syistä. Tämä tarkoittaa, että esimerkiksi yksilön vapausoikeuksia voidaan rajoittaa, kun edistetään jotain tarpeelliseksi katsottua päämäärää. Työttömyysturvan vastikkeellisuus on hyvä esimerkki tästä. Työtön velvoitetaan alistumaan hallinnalle ja osallistetaan asiakkuusprosessissaan, jotta vastikkeellisen työttömyysturvan poliittiset tavoitteet saavutetaan. Pyrkimyksenä on parantaa työllisyyttä, mikä nähdään yhtäältä yhteiskunnallisen ja toisaalta yksilöllisen hyvinvoinnin edellytyksenä. Mikäli työtön ei alistu prosessille, häneen voidaan kohdistaa sanktioita. Hän voi vaihtoehtoisesti jättäytyä työttömyysturvaetuuksien ulkopuolelle välttyen näin hallinnalta ja osallistamiselta, mutta tämä vaatii häneltä riittäviä taloudellisia resursseja.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakas ja potilas nähdään yhä enemmän kuluttajana, joka osaa valikoida ja vaatia palveluja sekä tarpeen tullen reklamoida palvelujen laadusta (ks. Kalliomaa-Puha 2013). Tämä kehitys liittyy vahvasti aktiiviseen kansalaisuuteen, jota Toomas Kotkas (2012, 194) on jaotellut sosiaaliturvaa koskevassa tutkimuksessaan seuraavasti: ensinnäkin voidaan puhua vastuullisesta roolista, toiseksi kuluttajan roolista ja kolmanneksi itsemääräävän asiakkaan roolista. Nämä kaikki roolit kytkeytyvät sosiaaliturvajärjestelmässä etuuksien saamiseen ja osallistuva yksilö omaa kyvyn kaikkiin näihin rooleihin. Hän on yksilö, joka tietää oikeutensa ja osaa vaatia niiden toteutumista samalla, kun hän pystyy toimimaan aktiivisesti kuluttajan roolissa valiten itselleen sopivat vaihtoehdot ja ymmärtäen valintojensa seuraukset.

Juridisena käsitteenä on syytä erottaa kansalaisuuteen kytkeytyvä osallisuus ja asiakkuuteen liittyvä osallisuus. Kansalaisosallisuuden voidaan katsoa olevan vahvasti kytköksissä sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävyyden arviointiin. Sosiaalisia perusoikeuksia koskeva sääntely määrittää, että julkisella vallalla on vastuu järjestää kiireelliset sosiaali- ja terveyspalvelut niin, että yksilöllä on riittävät tosiasialliset mahdollisuudet päästä oikeuksiinsa ja kiireettömät palvelut niin, että ne pystyvät turvaamaan yksilölle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. (HE 309/1993 vp, 71; PeVL 31/1997 vp, 3.) Riittävyyttä tulee siis arvioida muihin oikeuksiin pääsyn ja toteuttamismahdollisuuksien kautta. Perusoikeusuudistuksen esitöiden viittaus ”yhteiskunnan täysivaltaisesta jäsenestä” sisältää ajatuksen toisaalta jonkinlaisesta normaaliudesta tavoitteena, mutta myös siitä, että palveluilla turvataan yksilön kansalaisuuteen kytkeytyvät osallisuusoikeudet.

Osallisuuden edellytykset ja esteet

Osallisuuden esteitä ja edellytyksiä voidaan tarkastella asiakkaisiin, ammattilaisiin, organisaatioihin ja yhteiskuntaan liittyvinä kysymyksinä (esim. Ocloo & Matthews 2016). Asiakkaiden ominaisuudet, kuten ikä, koulutus, sosioekonominen asema, terveydentila ja voimavarat vaikuttavat asiakkaan osallisuuteen. Tärkeää onkin kiinnittää huomiota niihin asiakasryhmiin, joilla terveydentila on heikko, autonomia tai voimavarat ovat vähäisiä tai asiakas on palvelujen piirissä vastentahtoisesti esimerkiksi muistisairaat hoiva- tai hoitoyksiköissä, lastensuojelupalvelujen piirissä olevat tai psykiatrisessa hoidossa olevat asiakkaat. (Niiranen 2002, Laitila 2010; Kaseva 2011; Laitila, Nummelin, Kortteisto & Pitkänen 2018). Asiakirjoissa esimerkiksi ikääntynyt asiakas oletetaan usein toimintakykyiseksi ja aktiiviseksi asiakkaaksi ja osallisuus nähdään elämänhallintaa edistäväksi. Tarja Aaltosen, Lea Henrikssonin, Aija Karttusen, Riikka Kivimäen, Hannele Palukan, Leena Silvennoinen-Nuoran, Tiina Tiilikan ja Heli Valokiven (2009) tutkimuksen mukaan omatoimisuuteen kykenemättömät vanhukset jäävät kuitenkin keskustelun ulkopuolelle. Myös Mari Kivistö (2014) toteaa tutkimuksessaan, että vaikeavammaisten ihmisten elämäntilanteissa korostuu vajaaksi jäävä osallisuus toiminnan, kokemisen ja kielenkäytön kentillä. Aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Perlmutter, Bhorade, Gordon, Hollingsworth & Baum 2010; Rantanen 2013) on todettu, että läheisten merkitys osallisuuden ylläpitämisessä korostuu vanhuksilla toimintakyvyn heikentyessä. Vanhusten lisäksi läheisten rooli korostuu esimerkiksi lasten ja vammaisten puolestapuhujana, välittäjänä ja edunvalvojana osallisuuden ylläpitämisessä herättäen tosin myös kriittisiä puheenvuoroja siitä, onko kyseessä asiakkaan vai läheisen mielipide. Tällöin ammattilaiset voivat omilla työskentelytavoillaan vaikuttaa aidon mielipiteen esille saamiseen tai läheisten osallistamiseen esimerkiksi verkostotyöskentelyn kautta.

Asiakkaan kiinnostus ja tahtotila vaikuttaa osallisuuteen. Häntä ei voi pakottaa osallistumaan, vaikka sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaaksi voi päätyä tahdonvastaisesti tai niin sanotussa pakkotilanteessa (esim. onnettomuustilanteet, lastensuojelun asiakkuus). Osallisuus on myös tilannesidonnaista. Asiakas voi toisessa tilanteissa olla aktiivinen osallistuja palveluissaan ja toisessa taas vetäytyä syrjään. Asiakas voi myös kokea itsensä kykenemättömäksi osallisuuteen esimerkiksi terveydentilan tai osaamisensa vuoksi ja tällöin haluta luottaa asiantuntijoihin luovuttaen päätösvallan kokonaan heille. (Valokivi 2008; Kaseva 2011; Leemann & Hämäläinen 2015.)

Asiakkaan näkeminen aktiivisena toimijana voi osaltaan vaikuttaa osallisuuden painotukseen. Esimerkiksi terveydenhuollossa voidaan odottaa, että asiakas seuraa tilaansa ja tekee aktiivisesti terveyttään edistäviä päätöksiä. Sosiaalityön tehtäväksi on tullut myös aktivointi, jossa aikuisasiakkaita osallistetaan sosiaalisen kuntoutuksen keinoin. Voidaan perustellusti kysyä, onko asiakkailla oikeus olla osallistumatta ja kieltäytyä tarjotuista palveluista. Esimerkiksi aktiivisessa työvoima- ja sosiaalipolitiikassa tavoitellaan työllisyyden lisäksi asiakkaan omatoimisuuden lisäämistä ja elämänlaadun parantumista, mutta viranomaisilla on samalla oikeus sanktioihin. Järjestelmä on ristiriitainen osallisuuden edistämisen ja samanaikaisen kaventamisen kautta (ks. Van Aerschot 2011). Asiakas- ja potilastyössä tulee olla yleisiä periaatteita ja yhdenvertaista kohtelua sekä sensitiivisyyttä yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseen.

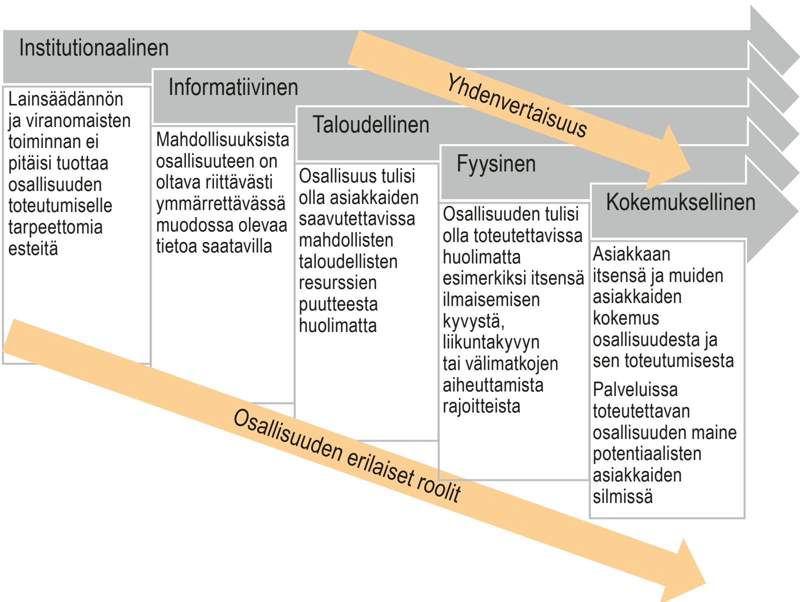
Eettinen ja haasteellinen kysymys on joka tapauksessa se, onko osallisuus edellytys hoidolle tai palvelulle, prosessin tulos vai molempia. Edellytetäänkö asiakkaalta jo lähtökohtaisesti valmiuksia osallisuuteen tai osallistumiseen? Esimerkiksi lastensuojeluun kaikki asiakkaat eivät tule vapaaehtoisesti. Taustalla voi olla pettymyksiä viranomaisiin tai muita syitä, joiden vuoksi perheet eivät luota tai halua hakeutua palveluihin (Boag-Munroe & Evangelou 2012). Äärimmillään asiakasta voidaan pitää palveluvastaisena, joka pitää sisällään olettamuksen, että on vastuu ja velvoite ottaa vastaan apua

ja palveluja. Voidaanko lastensuojelussa puhua pakotetusta osallisuudesta, joka ei ole valittua eikä asiakas, lapsi tai perhe voi aidosti säädellä osallisuuttaan? Suurin osallisuuden kysymys lastensuojelussa muodostuukin silloin, kun lapsi huostaanotetaan ja sijoitetaan kodin ulkopuolelle joko suostumukseen perustuen tai tahdonvastaisesti (ks. Pösö, Pekkarinen, Helavirta & Laakso 2018). Tällöin julkisen vallan vastuu osallisuuden ja muidenkin oikeuksien toteutumisessa on huipussaan. Tiina Muukkonen (2008) korostaa kohtaamis- ja prosessiosallisuutta lastensuojelussa ja näiden molempien toteutuminen voi osaltaan tukea sitä, että sekä lapsen että vanhempien oikeudet otetaan huomioon.

Lapsen osallisuuden kysymykset nivoutuvat lapsen luontaisiin kasvun ja kehityksen ympäristöihin kuten perheeseen, päivähoitoon, kouluun ja toverisuhteisiin, joissa muodostuu kokemus kuulumisesta ja vastavuoroisista suhteista. Myös yhteiskunnallinen osallisuus voi kehittyä osana instituutioita ja arkielämää, jolloin millä tahansa elämän osa-alueella voi syntyä yhteiskunnallista osallisuutta vahvistavia kokemuksia (Stenvall 2018, 141). Lastensuojelussa asiakkaina olevien lasten osallisuuden tarkastelun ei tule rajoittua vain prosessiosallisuuteen vaan laajemminkin osallisuutta mahdollistavien ja rajoittavien tekijöiden tunnistamiseen lapsen kasvu- ja kehitysympäristössä.

Osallisuutta voidaan edistää huomioimalla sen saavutettavuus. Osallisuutta voi olla sinänsä tarjolla, mutta tärkeä kysymys on, onko se yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla. Yhdenvertaisen saavutettavuuden lähtökohtana voidaan pitää informatiivista saavutettavuutta, joka korostaa sitä, että osallisuuden toteuttamiseksi on kiinnitettävä huomioita riittävän tiedon monipuoliseen saavutettavuuteen. Tämä velvoittaa viranomaiset tuottamaan tietoa eri tavoin ja monikanavaisesti. Lisäksi on huomioitava yksittäisessä asiakassuhteessa, että asiakas tosiasiallisesti ymmärtää saamansa tiedon ja voi siten toimia sen pohjalta. Institutionaalisella tasolla lainsäätäjän ja viranomaisten ei tulisi tuottaa osallisuuden toteutumiselle esteitä, esimerkiksi noudattamalla tiukkaa ohjeistusta, jossa ei ole huomioitu kaikkien

asiakasryhmien yksilöllisiä tarpeita vaatimalla asiakkaalta tietynlaista toimintatapaa, kuten esimerkiksi sähköistä asiointia. Osallisuuden on oltava kaikkien saavutettavissa riippumatta esimerkiksi yksilön taloudellisista resursseista, fyysisestä toimintakyvystä tai tietoteknisestä osaamisesta. On myös huomioitava, että osallisuudessa on kyse pitkälti kokemuksesta ja asiakkaiden aiemmat kokemukset vaikuttavat osallistumishalukkuuteen jatkossa. Saavutettavuuden ulottuvuuksia on havainnollistettu kuviossa 2. (Poikonen & Kekoni 2019.) Lainsäädännöllisellä ja hallinnollisella tasolla sekä järjestämisvastuuta toteutettaessa olisi pyrittävä tunnistamaan mahdollisia ongelmakohtia ja varmistettava osallisuuden yhdenvertainen saavutettavuus aktiivisilla toimilla.



Kuvio 2. Osallisuuden saavutettavuuden ulottuvuudet

Olettamat yksilön kyvystä olla aktiivinen kansalainen voivat olla vaarallisia, kun asiaa tarkastellaan yhdenvertaisuuden ja yhdenvertaisen oikeuksiinsa pääsyn näkökulmasta. Toisaalta osa asiakasryhmistä on sellaisia, jotka eivät myöskään pysty vastaamaan järjestelmän odottamaan hallintaan alistumisen ja normaaliuteen kuntoutumisen odotusarvoon. Esimerkiksi päihderiippuvaisten asiakkaiden kohdalla, järjestelmä ei pysty hyväksymään päihderiippuvuuteen kuuluvan relapsitilanteita. Yksilö poistetaan helposti palveluiden piiristä, kun hän ei vastaa niihin normaaliuteen pyrkivän asiakkuuden ihanteisiin, mitä järjestelmä odottaa yksilöiltä vastineeksi palveluihin piirin pääsemisestä.

Järjestelmä mahdollistaa osallisuuden negatiivisen ulottuvuuden pakko-osallisuudesta, josta ei ole mahdollista kieltäytyä. Täytyy kuitenkin muistaa, että osallisuus ja oikeudenmukaisuus ovat myös kokemuksellisia ja osallisuuden tunteeseen liittyy tunne merkityksellisyydestä, kuuluvuudesta, vaikuttamisesta ja pystyvyydestä merkityksellisiin vuorovaikutussuhteisiin. Tässä kohtaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnalla on vaikutusta. Hallinnan mahdollisuus ei tarkoita, etteikö hallinnalla voisi olla yksilön kannalta positiivisia tavoitteita ja usein näin onkin. Voi olla, että osallistamisella pyritään asiakkaan aseman, toimintakyvyn tai muun asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta olennaiseen päämäärään, kuten työkyvyn saavuttamiseen ja/tai ylläpitoon.

Osallisuuden kokemukseen vaikuttavat oman tahdon ja kykyjen lisäksi merkityksellisyyden kokemukset ja luottamus ammattilaisiin ja palvelujärjestelmään. (Niiranen 2002; Sihvo ym. 2018.) Merkityksellisyyden kokemukset syntyvät siitä, että asiakasta kuullaan ja kuunnellaan, vuorovaikutus on tasa-arvoista ja dialogista, häneltä kysytään ja hänen mielipiteensä ja kokemuksensa huomioidaan ja niillä on vaikutusta. Merkityksellisyyttä ja luottamusta vahvistaa myös se, että erilaiset ratkaisut perustellaan ja asiakas saa olla vaativa ja antaa myös kriittistä palautetta, johon reagoidaan. Luottamus

palveluihin voi heikentyä, jos palveluita ei ole saatavilla tai ne eivät toteudu sovittuna ajankohtana tai sovitulla tavalla.

Vuorovaikutus ja tiedonsaanti ovat tärkeimpiä edellytyksiä asiakkaiden osallisuuden toteutumiselle. Asiakkaan tulee saada riittävästi ja ymmärrettävässä muodossa tietoa sekä omaan hoito- tai palvelutapahtumaan liittyen mutta myös oikeuksistaan ja yleisesti sote-palveluista ja vaikuttamismahdollisuuksista. Käytännössä tämä tarkoittaa erilaisten asiakasryhmien rajoitteiden huomioon ottamista (esim. kuulo, näkö, kehitysvammat) vuorovaikutuskanavien käytössä ja palvelutilanteissa. Asiakkaan hoito- tai palvelutapahtumassa korostuu asiakkaan kohtaaminen. Asiakkaan ja ammattilaisen tasa-arvoinen dialogi, joka rakentuu ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, yksilöllisyyden ja joustavuuden periaatteille. Asiakas olisi nähtävä asiantuntijana ja kumppanina omassa asiassaan. Tämä haastaa perinteisen käsityksen asiantuntijuudesta ja siihen liitetystä tiedon ylivertaisuudesta ja auktoriteettiasemasta siirtäen valtaa asiakkaan suuntaan uudenlaisena jaettuna asiantuntijuutena (Toiviainen 2011). Katja Valkaman (2009, 36) mukaan työntekijöiden totuttu tapa on käyttää asiakkaaseen kohdistuvaa valtaa ja uudenlainen asiakaslähtöisempi toimintatapa edellyttäisi osin totutusta vallasta ja kontrollista luopumista. Tieto-osallisuus mahdollistaa asiakkaan muiden toiminnallisten osallisuuden ulottuvuuksien (suunnittelu, päätöksenteko, toiminta) toteutumista. Osallisuus rakentuu ja muuttuu resurssien, tarpeiden ja toimijuuden edellytysten mukaan (Sihvo 2018).

Sote-ammattilaisilla on tärkeä rooli osallistumismahdollisuuksien ja siten asiakkaiden osallisuuden kokemuksen vahvistamisessa. Lainsäädännön lisäksi sosiaali- ja terveysalaa ohjaavat ammattiryhmien eettiset ohjeet, erilaiset näyttöön perustuvat ohjeet ja organisaatioiden toimintaohjeet. Lainsäädäntö ja eettiset ohjeet painottavat osallisuuden näkökulmasta heikompien ja toisten avusta riippuvaisten asiakkaiden oikeuksien huomioimista. Työntekijät voivat kuitenkin olla ristipaineissa tehokkuuteen ja talouteen liittyvien organi-

satoristen vaatimusten ja asiakkaiden osallisuuden toteuttamisessa. Käytettävissä olevat resurssit, kiire mutta ennen kaikkea työntekijöiden asenteet ja osaaminen vaikuttavat asiakkaiden kokemuksiin osallisuudesta. (Niiranen 2002; Tedre 2007; Valkama 2009; Närhi, Kokkonen & Matthies 2014; Meriluoto & Marila-Penttinen 2015).

Palvelu-, hoito- ja asiakassuunnitelma ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeisiä työvälineitä ja suositusten mukaan asiakkaalle on tarjottava mahdollisuus osallistua oman suunnitelmansa laatimiseen (ks. myös Ristolainen ym. 2020 tässä julkaisussa). Tutkimuksissa on kuitenkin tuotu esiin, että asiakkaiden osallisuus ei välttämättä toteudu hyvin eivätkä asiakkaat koe suunnitelmaa ja sen tavoitteita omakseen. Ritva Poikelan (2010) tutkimuksessa asiakkaan suunnitelma ohjautui pitkälti instituution palveluvalikon mukaan ja asiakkaan merkitykset ja tulkinnat jäivät ulkopuolelle. Terveyspalveluissa esimerkiksi potilasohjauksen toteuttaminen ja tavoitteenasettelu usein edelleenkin tapahtuu liikaa ammattilaisen näkökulmasta (esim. Rosea, Rosewilliamb & Soundyc 2017).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa tapahtuu muutoksia palvelujärjestelmän ja organisaatioiden rakenteissa ja johtamisjärjestelmissä (ks. myös Rautiainen, Taskinen & Rissanen 2020; Taskinen & Hujala 2020 tässä julkaisussa). Nämä uudistukset voivat olla osallisuutta edistäviä tai estäviä tekijöitä. Osallisuus edellyttää palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Konkreettisia esimerkkejä ovat keskustelu matkojen pituuksista palvelupisteisiin, aukioloajoista, tai lääkäripalvelujen saatavuudesta. Toisaalta valinnan vapaus lähtökohtaisesti lisää asiakkaiden osallisuutta ja päätösvaltaa. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli -hankkeen työpajoihin osallistuneille osoitetussa kyselyssä kolme tärkeintä asiaa, joihin asiakkaiden osallistumista eniten tarvitaan, olivat vastaajien mielestä 1) palvelukokonaisuuksien, kuten palveluketjujen kehittäminen, 2) palveluiden laadun arviointi ja 3) palvelujen toteutus, kuten kokemusasiantuntijavastaanotot (Sihvo ym. 2018, 25).

Organisaatioiden toimintamallit, hallinnolliset käytännöt, ammattilaisten toimintakäytännöt ja johtamiskäytännöt kuvaavat organisaation toimintakulttuuria. Johtamisella voidaan vaikuttaa toimintakulttuuriin ja siihen, miten asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan arvostamista organisaatiossa edistetään (Virtanen ym. 2011; Renedo, Marston, Spyridonidis & Barlow 2015; Ocloo & Matthews 2016). Saavatko asiakkaat monipuolisesti tietoa palveluista, onko heillä mahdollisuus osallistua palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen tai onko asiakkaita toimijoina strategia- ja johtoryhmätyöskentelyssä? Miten asiakaspalautetta ja näkemyksiä hyödynnetään kaikilla organisaation tasoilla? Kuten Sihvo (2018) kollegoineen toteaa, asiakkaat ovat voimavara, jota voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä ja toteuttamisessa monin eri tavoin.

Lopuksi

Asiakkaan äänen ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa korostetaan politiikkaohjelmissa ja strategioissa kansallisesti sekä kansainvälisesti käyttäen usein osallisuus ja osallistuminen käsitteitä. Osallisuuden käsite on monitahoinen ja abstrakti ja osallisuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin voidaan tarkastella myös eri tasoilla. Näin ollen osallisuuden vahvistaminen käytännössä edellyttää sen ymmärtämistä ja jäsentämistä sisällöllisesti esimerkiksi hyödyntäen teoreettisia malleja. Mallit ovat kuitenkin ideaalimalleja eikä osallisuus useinkaan etene lineaarisesti tai ole joko–tai-ilmiö.

Lainsäädäntö luo puitteet, velvoittaa työntekijöitä ja palveluorganisaatioita osallisuuden edistämiseen, mutta myös rajaa ja velvoittaa asiakkaita. Osallisuus ei siis ole pelkästään mahdollisuutta ja oikeutta vaan myös velvollisuuksia ja sitoutumista. Asiakkaan asemaa ja oikeuksia käsitellään useissa eri laeissa ja se saa erilaisia muotoja ja merkityksiä erilaisissa säätelykonteksteissa kytkeytyen usein itsemääräämisoikeuteen. Osallisuus ilmentyy kuitenkin enemmän

mahdollistamisena ja menettelynä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden luonteeseen kuuluu, että asiakkuus ei aina ole vapaaehtoista, vaan niin sanottua pakkoasiakkuutta. Mitä suurempaa valtaa palveluissa käytetään tai mitä kokonaisvaltaisemmin palvelu tai interventio vaikuttaa asiakkaan elämään, sitä tärkeämpää on kiinnittää huomiota asiakkaan osallisuuteen. Ammattilaisten ymmärrys osallisuudesta on oikeuden toteutumisen edellytys. Tätä ymmärrystä voidaan edistää teeman käsittelyn vahvistamisella erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksissa.

Kokemus osallisuudesta syntyy kuitenkin lopulta yksilöillä vahvasti tunneperäisenä ja tilannesidonnaisena. Se edellyttää riittävää ja ymmärrettävää tiedon saantia, vuorovaikutusta ja tukea yhdenvertaisuuden toteutumiseksi. Olennaista on huomioida ne tilanteet, joissa asiakkuus muodostuu esimerkiksi ikääntyneen ja omaisen tai lapsen ja perheen yhdistelmänä. Tällöin voitaisiin puhua rinnakkaisosallisuudesta tai jaetusta osallisuudesta. Osallisuuden toteutumista voi estää asiakkaan terveydentila tai osaamattomuus, mutta myös tietoinen valinta olla osallistumatta ja luovuttaa valta kokonaan ammattilaisille. Toisaalta osallisuus voi käytännössä olla myös kovin pieniä asioita, kuten kunnioittavaa kohtaamista tai asiakkaan elämänhistorian ja henkilökohtaisten mieltymysten huomioimista. Voidaan kysyä, voiko osallisuutta oppia, onko osattomuus opittua tai voiko se kasautua? Olennaista on kuitenkin, että sote-ammattilaiset työssään ymmärtävät ja mahdollistavat osallisuuden toteutumisen eivätkä perustele sen toteutumisen puutetta esimerkiksi kiireellä. Ammattilaisten lisäksi yhtä oleellista on, että sote-palveluissa ja organisaatioissa toimintakulttuurit ja toimintamallit tunnistavat ja edistävät asiakkaiden osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuuksia palvelujen käyttötilanteissa sekä palvelujen kehittämisessä mutta myös kansalaisyhteiskunnassa. Tutkimustietoa osallisuuden toteutumisesta, asiakkaan äänen kuulumisesta ja vaikutuksista sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvitaan lisää.

Lähteet

Aaltonen Tarja, Henriksson Lea, Karttunen Aija, Kivimäki Riikka, Palukka Hannele, Silvennoinen-Nuora Leena, Tiilikka Tiina & Valokivi Heli 2009. Toimijat vanhusten hyvinvointipalveluja ohjaavissa kehittämisohjelmissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 37(3), 336–352.

Arnstein Sherry R. 1969. A ladder of citizen participation. *Journal of American Institute of planners* (35)4, 216–224.

Beresford Peter 2012. The Theory and Philosophy Behind User Involvement. Teoksessa Carr Sarah & Beresford Peter (toim.) *Social Care, Service Users and User* Involvement. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 21–36.

Boag-Munroe, Gill & Evangelou Maria 2012. From hard to reach to how to reach: A systematic review of the literature on hard-to-reach families. *Research Papers in Education* 27(2), 209–239.

Clark Marion, Davis Ann, Fisher Adrian, Glynn Tony & Jefferies Jean 2008. *Trans-forming services: Changing lives. A guide for action.* Working for user involvement in mental health services paper 3. The University of Birmingham.

Hanhivaara Pirjo 2006. Maailmaa syleilevä osallisuus. *Nuorisotutkimus* 3, 1–10.

Hart Roger 2007. *Children´s participation: The Theory and Practise of Involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care.* Earthscan, New York.

HE 309/1993 vp. *Hallituksen esitys perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.*

Horelli Liisa 1994. *Lasten näköinen elinympäristö: Kokemuksia yhdyskuntasuunnittelun, ympäristökasvatuksen ja ehkäisevän sosiaalipolitiikan välisestä yhteistyöstä Kiteen Rantalan ala-asteella.* Tutkimusraportteja 3, Ympäristöministeriö, Helsinki.

Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Tulevaisuusselonteko 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13.

Isola Anna-Maria, Kaartinen Heidi, Leemann Lars, Lääperi Raija, Schneider Taina, Valtari Salla & Keto-Tokoi Anna 2017. *Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa.* Työpaperi 33/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0

Kalliomaa-Puha Laura 2013. Homo socio-juridicus. Mitä asiakkaalta ja potilaalta edellytetään. Teoksessa Pajukoski Marja, Hänninen Sakari, Kotkas Tuomas, Nykänen Eeva & Sakslin Maija (toim.) *Muuttuva sosiaalioikeus.* Suomen Lakimiesyhdistys, 97–125.

Kaseva Kaisa 2011. *Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä.*

Integroiva kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 2011:16. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kettunen Tarja & Kivinen Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva Hoitotyö* 10(4), 40–42.

Kivistö Mari 2014. *Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ikäihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä*. Väitöskirja. Lapin yliopisto, Rovaniemi.

Kohonen Kirsi & Tiala Toni 2002. Johdanto. Teoksessa Kohonen Kirsi & Tiala Toni (toim.) *Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi*. Sisäasianministeriö ja Suomen kuntaliitto, Helsinki, 5–9.

Koivisto Ida 2018. Ohjattua vapautta? Itsemääräämisoikeus hallinnan välineenä. *Lakimies* 6, 637–639.

Koivusalo Meri, Ollila Eeva & Alanko Anna 2009 (toim.) *Asiakkaasta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus, Helsinki.

Kotkas Toomas 2012. Sopimuksellisuus sosiaalioikeudessa – esimerkkinä julkisen työvoimapalvelun ja työttömyysturvan asiakassuunnitelmat. *Lakimies* 7–8, 1194–1204.

L785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20

L731/1999. Suomen perustuslaki. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731

L434/2003. *Hallintolaki*. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434

L13017/2014. *Sosiaalihuoltolaki*. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki

L410/2015. *Kuntalaki*. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150410?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D =Kuntalaki

Laitila Minna 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Fenomenografinen lähestymistapa.*Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, nro 31. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Laitila Minna, Nummelin Jalmiina, Kortteisto Tiina & Pitkänen Anneli 2018. Service users' views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing* 32, 695–701.

Lavapuro Juha 2010. Valtiosääntöinen managerialismi ja perusoikeudet. *Oikeus* 1, 6–27.

Leemann Lars & Hämäläinen Riitta-Maija 2015. Asiakasosallisuus. *Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke* (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/6d5b8baf-d5e4-4618-add6-ca0b9a81f214

Leemann Lars & Hämäläinen Riitta-Maija 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 81(5), 586–594.

McLaughlin Hugh 2009. What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Consumer', 'Expert by Experience', 'Service User'– What's Next? *British Journal of Social Work* 39, 1101–1117.

Meriluoto Taina & Marila-Penttinen Leena 2015. Osallisuus. Teoksessa Meriluoto Taina, Marila-Penttinen Leena & Lehtinen Essi (toim.) *Osallisuus. Osallisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsikirja.* Ensi- ja turvakotien liitto, 7–16.

Muukkonen Tiina 2008. Lapsikeskeisyys sosiaalityön läpäisevänä periaatteena. Teoksessa Tiina Muukkonen (toim.) *Suunnitelmallinen sosiaalityö lapsen kanssa.* Helsinki. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja nro 17, 145–161.

Mönkkönen Kaarina 2001. Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(5), 432–447.

Niiranen Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila Kirsi, Forsberg Hannele & Roivainen Irene (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö.* Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 63–80.

Nivala Elina & Ryynänen Sanna 2013. Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiaalipedagoginen aikakausikirja,* vuosikirja 14, 11–41.

Närhi Kati, Kokkonen Tuomo & Matthies Aila-Leena 2014. Asiakkaiden osallisuus ja työntekijöiden harkintavalta palvelujärjestelmässä. *Janus* 22(3), 227–244.

Ocloo Josephine & Matthews Rachel 2016. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Quality & Safety* 25 (8), 626–632. http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004839

Oranen Mikko 2013. Osallisuus osaksi arkea. Teoksessa Hastrup Arja, Hietanen-Peltola Marke, Jahnukainen Johanna & Pelkonen Marjaana (toim.) *Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste – kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 2013:3, Tampere, 122–126.

Pajulammi Henna 2014. *Lapsi, oikeus ja osallisuus.* Talentum, Helsinki.

Perlmutter Monica, Bhorade Anjali, Gordon Mae, Hollingsworth Holly & Baum Carolyn 2010. Cognitive, Visual, Auditory, and Emotional

Factors That Affect Participation in Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy* 4(64), 570–579.

PeVL 1997. *Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi toimeentulotuesta sekä laiksi sosiaalihuoltolain ja asetuksen eräiden säännösten kumoamisesta* 1997:17.

Poikela Ritva 2010. *Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa. Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä.* Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos, Helsinki.

Poikonen Heidi & Kekoni Taru 2019. Asiakkaan oikeudet ja niihin vaikuttavat tekijät päihdehuollossa. Teoksessa Pehkonen Aini, Kekoni Taru & Kuusisto Katja (toim.) *Oikeus päihdehuoltoon*. Vastapaino, Tampere.

Pösö Tarja, Pekkarinen Elina, Helavirta Susanna & Laakso Riitta 2018. 'Voluntary' and 'involuntary' child welfare: Challenging the distinction. *Journal of Social Work* 18(3) 253–272.

Rantanen Taina 2013. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämisessä. Teoksessa Heikkinen Eino, Jyrkämä Jyrki & Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 414–420.

Rautiainen Pauli & Neuvonen Riku 2015. Perusoikeuksien tunnistaminen ja niiden sisällön määritteleminen Suomen perusoikeusjärjestelmässä. *Lakimies* 1, 28–53.

Rautiainen Pauli, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2020. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 15–45.

Renedo Alicia, Marston Cecily Alice, Spyridonidis & Barlow James 2015. Patient and public involvement in healthcare quality improvement. *Public Management Review* 17(1), 17–34.

Ristolainen Hanna, Roivas Päivi, Mustonen Erja & Hujala Anneli 2020. Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 241–266.

Rosea Alice, Rosewilliamb Sheeba & Soundyc Andrew 2017. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 100, 65–75.

Shier Harry 2001. Pathways to Participation: Openings, opportunities and obligations. *Children and Society* 15(2), 107–117.

Stenvall Elina 2018. *Yhteiskunnallinen osallisuus ja toimijuus. Lasten osallistuminen, kansalaisuus ja poliittisuus arjen käytäntöinä*. Väitöskirja. Acta Universatis Tamperensis 2407. Tampere University Press, Tampere. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0820-9

Sihvo Sinikka, Isola Anna-Maria, Kivipelto Minna, Linnanmäki Eila, Lyytikäinen Merja & Sainio Salla 2018. *Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16:2018, Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3927-1

Sirviö Kaarina 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakointia. Teoksessa Pietilä Anna-Maija (toim.) *Terveyden edistäminen – Teorioista toimintaan*. WSOYpro Oy. Helsinki, 130–150.

STM 2011. *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020*. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1, Helsinki.

STM 2012. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

STM 2013. *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11, Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto, Helsinki.

STM 2014. *Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta*. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13, Helsinki.

Tedre Silva 2007. Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen Marjaana, Karisto Antti & Kröger Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. PS-kustannus, Jyväskylä, 95–120.

Thomas Nigel 2002. *Children, Family and the State. Decision-making and Child Participation*. Policy Press, Bristol.

Toiviainen Hanna 2011. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Duodecim* 127, 777–83. https://www.duodecimlehti.fi/duo99479

Tuori Kaarlo 2019. Osallistumisoikeudet (PL 14§). Teoksessa Hallberg Pekka, Scheinin Martin, Ojanen Tuomas, Karapuu Heikki, Tuori Kaarlo & Viljanen Veli-Pekka. *Perusoikeudet. Päivitettävä verkkokirja*. Alma Talent Juridiikka Fokus. https://fokus.almatalent.fi/teos/FAIBCXJTBF#kohta:PERUSOIKEUDET/piste:t3 (viitattu 2.2.2019)

Valkama Katja 2009. Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Hallinnon tutkimus* 2, 26–40.

Valkama Katja 2012. *Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen*. Väitöskirja, Acta Wasaensia no 267, Vaasan yliopisto, Vaasa.

Valokivi Heli 2008. *Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1286, Tampereen yliopisto, Tampere.

Van Aerschot Paul 2011. *Activation policies and the protection of individual rights. A critical assessment of the situation in Denmark, Finland and Sweden*. Ashgate, Farnham.

Virtanen Petri, Suoheimo Maria, Lamminmäki Sara, Ahonen Päivi & Suokas Markku 2011. *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen.* Tekesin katsaus 28/2011.

Warren Janet 2007. *Service User and Carer Participation in Social Work.* Learning Matters Ltd, Exeter.

WHO 2016. *Framework on integrated people-centered health services.* Provisional agenda item 16.1. World Health Organization. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1

Kirjoittajat

Anneli Hujala https://orcid.org/0000-0001-8782-5125	FT, yliopistotutkija, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Virpi Jylhä https://orcid.org/0000-0002-0725-1414	FT, yliopistonlehtori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Taru Kekoni https://orcid.org/0000-0002-3167-0758	YTT, yliopistonlehtori, Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto
Ulla-Mari Kinnunen https://orcid.org/0000-0002-3610-3998	TtT, yliopistonlehtori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Eija Kivekäs	TtT, johtava hoitaja, Sodankylän hyvinvointikeskus Sopukka
Tuula Kivinen	FT, yliopistonlehtori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Charlotte Klinga https://orcid.org/0000-0003-0512-8719	LT, post doc -tutkija, Karoliininen instituutti, Tukholma, Ruotsi
Johanna Lammintakanen https://orcid.org/0000-0002-3333-1661	FT, professori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Sanna Laulainen https://orcid.org/0000-0003-3163-8376	YTT, professori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Ismo Linnosmaa https://orcid.org/0000-0003-0178-8111	PhD, professori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto

Janissa Miettinen
YTM, yliopisto-opettaja, nuorempi tutkija, projektitutkija, Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto

Erja Mustonen
TtM, aluekoordinaattori, Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos

Kaarina Mönkkönen
https://orcid.org/0000-0002-2822-7018
YTT, yliopistonlehtori, Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto

Vuokko Niiranen
YTT, professori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto

Pauli Rautiainen
https://orcid.org/0000-0002-7764-0036
HT, VTM, FM, apulaisprofessori, hallintotieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Sari Rissanen
YTT, dekaani, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto

Hanna Ristolainen
YTM, nuorempi tutkija, Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto

Päivi Roivas
YTM, terapia- ja vammaispalvelujohtaja, Peruspalvelukuntayhtymä Selänne

Kaija Saranto
https://orcid.org/0000-0002-3195-1955
TtT, professori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto

Kirsikka Selander
YTT, tutkijatohtori, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto

Helena Taskinen
https://orcid.org/0000-0002-8709-4382
FT, yliopistotutkija, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto

Heidi Vanjusov
HTM, yliopisto-opettaja, Oikeustieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto

Riitta Vornanen
https://orcid.org/0000-0002-1600-3893
YTT, professori, Yhteiskuntatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto

Joakim Zitting
https://orcid.org/0000-0002-9684-7032
YTM, tutkija, Diakonia ammattikorkeakoulu, Pieksämäki

SOSIAALI- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamista on valmisteltu Suomessa jo pitkään. Riippumatta siitä, millaisia kantoja poliittiset päätöksentekijät jatkossa ottavat, tietyt kehityssuunnat ovat nähtävissä: palvelujärjestelmä kaipaa selkeyttämistä, organisaatiot ja johtaminen ovat uuden edessä, ja sote-ammattilaisten osaamista koetellaan. Muutokset koskevat sekä järjestelmätasoa, organisaatioita että yksilöitä.

KOKOOMATEOS *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* tarjoaa selkeän ja käytännönläheisen yleiskatsauksen siitä, mihin suuntaan suomalainen sosiaali- ja terveysala on kehittymässä 2020-luvulla. Kirjassa tarkastellaan sosiaali- ja terveysalan muutoksia niin terveys- ja sosiaalihallintotieteen, terveystalouden tietohallinnon, terveystaloustieteen, oikeustieteen, sosiaalityön kuin sosiaalipsykologian näkökulmista.

TEOS tarjoaa ajankohtaista tietoa sosiaali- ja terveysalan johtajille ja työntekijöille, päätöksentekijöille sekä alan tutkijoille, opettajille ja opiskelijoille.

ISBN 978-952-359-023-6

9 789523 590236

TAMPERE UNIVERSITY PRESS

KANSI: MIIKA IMMONEN